ROK VII WARSZAWA 1933 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Badanie czynnościowe narządu oddechowego.

PODAŁ
DR. IGNACY SPITZER.

Dla oceny zdolności do pracy nie wystarczają metody kliniczne, organizm badany musi wykazać swą wartość w czasie pracy względnie w czasie próby obciążenia (t. zn. wykonywując pewną zgóry określoną czynność przez oznaczony okres czasu).

To też znajomość metod badania czynnościowego poszczególnych narządów jest dzisiaj niezbędną dla każdego lekarza w szczególności zaś dla lekarza pracującego w instytucjach Ubezpieczeń Społecznych. Coraz częściej żąda się od lekarza dokładnego oznaczenia zdolności do pracy czy to u osób chorych, czy też u młodocianych rozpoczynających pracę w jakimkolwiek zawodzie. Tem tłumaczy się ogromne zainteresowanie się świata lekarskiego badaniem czynnościowem i rozbudowa oraz coraz to większe wysubtelnienie poszczególnych metod. Badanie czynnościowe, jakkolwiek dalekie jeszcze od doskonałości, pozwala nam jednak już dzisiaj oprzeć nasz sąd, mający niejednokrotnie decydujące znaczenie o dalszym losie badanego osobnika, na pewnych podstawach. Badanie to pozwala nam na wyeliminowanie w dużej mierze subjektywnego osądu badającego.

Badanie czynnościowe narządu oddechowego rozporządza długim szeregiem metod. Poniżej postaramy się wymienić tylko te, kóre dają się przeprowadzić bez zbytnio skomplikowanej aparatury.

Badanie dzielimy na: 1) próby wstępne, orjentujące nas w poszczególnych funkcjach badanego narządu, 2) próby obciążenia w czasie, w którym narząd „w ruchu" wykazuje nam współdziałanie poszczególnych funkcyj. Całość badania czynnościowego porównać możemy za *Briegerem* do badania motoru w stanie spoczynku (wytrzymałość, ułożenie poszczególnych części) oraz w czasie „próbnej jazdy".

Do pierwszej grupy należy przedewszystkiem oznaczenie t. zw. pojemności życiowej płuc (P. ż.).

P. ż. jest sumą trzech wielkości:

1) Powietrza oddechowego, które oznacza ilość powietrza wydechowego w czasie normalnego oddechania,

2) Powietrza zapasowego, równającego się różnicy pomiędzy normalnym a maksymalnym wydechem,

3) Powietrza dopełniającego, równego różnicy pomiędzy normalnym a maksymalnym wdechem.

P. ż. otrzymujemy więc wtedy, gdy po maksymalnym wdechu wykonujemy maksymalny wydech (wielkość wydechu mierzymy spirometrem). Oprócz tej ilości powietrza pozostaje zawsze w płucach pewna ilość, której wydalić z płuc nie możemy przy najbardziej nawet forsownym wydechu; jest to t. zw. powietrze zalegające.

Cyfrowo przedstawiają się poszczególne wielkości następująco:

Powietrze oddechowe	0.5	litra	P. ż. 3,700 litra
„ zapasowe	1.6	„	
„ dopełniające	1.6	„	
„ zalegające	1.2	„	

W przypadkach patologicznych stosunek poszczególnych wielkości ulega zaburzeniu. P. ż. dla osobnika zdrowego posiada wartość stałą pomiędzy 18-tym a 45 rokiem życia, o ile pomiary robione są w tych samych warunkach, gdyż pozycja, stopień uniesienia przepony np. po posiłku, zmienia do pewnego stopnia wielkość P. ż.

To też pomiarów spirometrycznych dokonywać się powinno zawsze rano u pacjenta stojącego. Technika pomiaru nie przedstawia żadnych trudności i zazwyczaj już po 2-giej próbie badany wykonuje dobrze maksymalny wydech, wydechając równo i wolno powietrze do ustnika spirometru (obecnie używa się najczęściej spirometru t. zw. suchego systemu *Barnesa*, cena 120 zł.). W braku spirometru można u osobników zdrowych obliczyć P. ż. na podstawie wzoru *West'a:*

Wysokość wymierzoną w centimetrach mnoży się u mężczyzn przez 25, u kobiet przez 20, czyli mężczyzna zdrowy, mający 160 cm. wzrostu ma P. ż. $= 160 \times 25 = 4.000$ cm^3. Kobieta tego samego wzrostu będzie miała P. ż. $= 160 \times 20 = 3.200$ cm^3. Błąd w tych obliczeniach nie przekracza $\pm$ 10%.

Wielkość P. ż. ulega znacznemu obniżeniu (wedł. *Kutschera'y*):

1) Przy schorzeniach kośćca i mięśni klatki piersiowej oraz mięśni oddechowych pomocniczych np. szyjnych,

2) przy zmianach w jamie opłucnowej (wysięki, zrosty),

3) przy zmianach w ukrwieniu płuc (np. w przebiegu wad serca),

4) przy zmianach w miąższu płucnym (gruźlica, pneumonia, absces, rozedma, i t. d.).

Każda z tych przyczyn lub ich kombinacje obniżają wybitnie wielkość P. ż.

Dla nas najważniejszem będzie obniżenie P. ż. w rozedmie i gruźlicy płuc. W pierwszym przypadku obniżenie dotyczy zarówno ilości powietrza dopełniającego jak i zapasowego, co w rezultacie daje obniżenie P. ż.

W wypadku gruźlicy płuc obniżenie P. ż. zależy od postaci choroby z jaką mamy do czynienia.

Postacie wysiękowe, w których mamy do czynienia z ograniczeniem powierzchni oddechowej z powodu zajęcia pęcherzyków płuc przez wysięk, obniżają bardzo wybitnie (według *Kutschery)* P. ż. Już naciek podobojczykowy zmniejsza według tego autora P. ż. o 500 do 600 cm^3. *Kutschera* podkreśla, że wykazanie normalnej wielkości P. ż. wyklucza z wszelką pewnością wysiękową postać gruźlicy płuc, o ile znamy P. ż. u danego osobnika z badań uprzednich przed wystąpieniem jakichkolwiek dolegliwości ze strony narządu oddechowego. Nigdy natomiast nie można mieć absolutnej pewności, o ile porównujemy otrzymaną P. ż. z wielkością, wyliczoną według wzoru *West'a*. Obniżenie P. ż. otrzymuje się również w wypadku reakcji ogniskowej, która wystąpić może w przebiegu leczenia tuberkuliną.

Postacie włókniste gruźlicy płuc, zajmujące zrąb łącznotkankowy płuc, dalej ogniska zwłókniałe czy zwapniałe w płucach nie dają wyraźnego obniżenia P. ż., o ile nie towarzyszy im rozedma płuc.

Badanie P. ż. powtarzane systematycznie co pewien czas w przebiegu gruźlicy płuc, może — zwłaszcza w braku roentgena — orjentować co do postępu lub cofania się spraw wysiękowych.

Oznaczanie systematyczne P. ż. koniecznem jest w wypadkach odmy obustronnej

przed i po dopełnieniu; badanie to orjentuje nas w funkcji uciśniętych płuc, a utrzymując stale P. ż. nie niżej jak 1.000 cm^3, uniknąć możemy zbyt silnego ucisku i duszności.

Ważniejszą jeszcze niż oznaczenie P. ż. próbą funkcjonalną jest oznaczenie ilości powietrza, jakie badany osobnik zużywa w ciągu 1 minuty. Wielkość tę możemy oznaczyć gazomierzem, polecając badanemu oddechać tak głęboko i szybko, jak przy wytężającej pracy. Wielkość tę możemy jednak z niewielkim błędem wyliczyć, znając P. ż.

Eksperymentalnie stwierdzono bowiem, że najgłębszy wydech przy wytężającej pracy wynosi ⅓ P. ż., ilość zaś oddechów 35 w minucie.

Znajdujemy więc szukaną wielkość, dzieląc znalezioną P. ż. przez 3 i mnożąc następnie przez 35. I tak osobnik mający P. ż. = 3.600 cm^3. zużywa w 1 minucie $\frac{3.600}{3}$. 35 = 42.000 czyli 42 litry powietrza. Jest to ilość maksymalna dla badanego. Wielkość ta jest dlatego ważną, gdyż, jak wiemy z doświadczeń *Peabody* i *Strugis'a*, przy normalnej P. ż. zużywa osobnik w spokoju 8% wyliczonej ilości powietrza, przy wchodzeniu pod górę 27%, przy podnoszeniu ciężarów 37%. Natomiast osobnik chory, mający zmniejszoną P. ż. do 2.100 cm^3 zużywa w spokoju 25%, przy wchodzeniu pod górę 64% wśród objawów lekkiej duszności, przy podnoszeniu ciężarów 80% i wówczas występuje wybitna duszność. Znając więc P. ż. możemy w przybliżeniu powiedzieć, kiedy występują objawy duszności.

Następną metodą badania czynnościowego jest t. zw. „respiratorischer Index" *Strohl'a:* jest to stosunek wydechanej normalnie przez danego osobnika ilości powietrza do P. ż. Im bardziej upośledzonem jest oddechanie, tem więcej zbliżają się do siebie te wielkości. *Brieger* zwraca specjalną uwagę na oznaczenie t. zw. pauzy oddechowej i przypisuje tej próbie podobną rolę, jaką wśród prób klinicznych spełnia odczyn Biernackiego. Istnieją 2 rodzaje tej próby: mierzenie czasu, w którym badany nie oddecha po wdechu i po wydechu. Pauza po wdechu jest naturalnie dłuższą i wynosi u mężczyzn ca 50 sekund, u kobiet ca 40 sek. W wypadkach chorób płuc wartość ta może spaść poniżej połowy. Przy wykonaniu tej próby niemałą rolę gra wola badanego. Od jakich czynników zależny jest wynik tej próby, nie ustalono jeszcze, w każdym razie poza zmniejszaniem się ilości tlenu w powietrzu zawartem w płucach i zwiększaniem się CO_2, odgrywają dużą rolę czynniki nerwowe. Jako metodę czynnościowego badania narządu oddechowego stosować również można oznaczenie % CO_2 w powietrzu lub tlenie, któremi badany oddechał przez pewien czas. Próbę wykonuje się w ten sposób, że do zbiornika wprowadza się pewną ilość tlenu, badany oddecha, wydechając również do zbiornika. Ilość CO_2 w zbiorniku wzrasta, w pewnym momencie oddechanie dalsze tą mieszaniną tlenu i CO_2 staje się niemożliwem, badany przerywa próbę. Analizy mieszaniny gazów, zawartej w zbiorniku, wykazały, że osobnik zdrowy przerywa oddechanie, kiedy ilość CO_2 osiągnęła 6 — 7%; osobniki chore nie mogą kontynuować opisanego powyżej sposobu oddechania, jeżeli ilość CO_2 przekroczy 3 — 4%. Jednakże nie wszyscy chorzy na gruźlicę płuc zachowują się właśnie w ten sposób, gra bowiem tutaj rolę zdolność neutralizacji CO_2 w organiźmie i stopień wrażliwości tkanek na CO_2. W czasie badania czynnościowego narządu oddechowego należy również zwracać uwagę na częstość oddechania. W warunkach normalnych u osobnika zdrowego liczba oddechów w spokoju wynosi 16 — 20 na minutę, może jednak być znacznie niższą. W czasie pracy częstość oddechania wzrasta u osobnika chorego znacznie szybciej, równocześnie zmniejsza się głębokość oddechu (przy bardzo szybkiem oddechaniu).

Równocześnie z szybkością oddechania wzrasta też szybkość tętna. Czas i wielkość przyśpieszenia tętna jest również wskaźnikiem funkcji narządu oddechowego. Musimy tutaj podkreślić ścisłą łączność, jaka zachodzi między narządem oddechowym a narządem krążenia: zmiany w jednym odbijają się natychmiast na funkcji drugiego narządu. Dlatego też wszystkie omawiane przez nas próby wypadną dodatnio przy schorzeniach serca, na tę okoliczność należy zwrócić więc w czasie badania baczną uwagę.

Pomijając wyliczanie innych prób jak np. oznaczenie ilości tlenu we krwi pobranej z arterji przed i po oddechaniu tlenem; sporządzenie krzywych oddechowych i analizę poszczególnych faz i t. d., nad-

mieniamy, że w czysto mechanicznych funkcjach narządu oddechowego bardzo dobrze informuje nas obraz roentgenowski podczas prześwietlania prom. roentgena.

Prześwietlenie orjentuje nas, jak zbudowaną jest klatka piersiowa (przebieg żeber, wielkość przestrzeni międzyżebrowych, skostnienie chrząstek i t. d.). Obserwować możemy w czasie prześwietlania dokładnie ruchomość poszczególnych odcinków klatki piersiowej, osądzić w przybliżeniu rozległość i wielkość zrostów opłucnowych, obniżających jak wiemy wybitnie P. ż. Ponadto prześwietleniu i bodaj tylko prześwietleniu informuje nas dokładnie o stanie przepony i jej ruchach.

Wysokie ustawienie przepony i ograniczenie jej ruchów z powodu zmian pozapłucnych (schorzenia organów jamy brzusznej) wpływa ujemnie na funkcję narządu oddechowego.

W większej mierze odnosi się to do zmian, wywołanych przez schorzenia płuc i opłucnej, naprzykład obniżenie i ruchy paradoksalne w pyothorax, uniesienie ku górze i unieruchomienie z powodu silnych zrostów opłucnowych lub z powodu porażenia spowodowanego uciskiem np. zmienionych gruczołów śródpiersia na nervus phrenicus, nie mówiąc już o wyrwaniu operacyjnem nerwu (ograniczenie P. ż. przy jednostronnem uniesieniu i unieruchomieniu przepony dosięga 500 cm^3).

Prześwietlanie orjentuje nas również o położeniu i ewentualnych ruchach śródpiersia, występujących przy ciężkiem mechanicznem uszkodzeniu narządu oddechowego (otwarta odma piersiowa).

Zorjentowawszy się w poszczególnych czynnościach narządu oddechowego, przeprowadzamy próby obciążenia.

Wykonanie jakiejkolwiek pracy wymaga zwiększonego dopływu tlenu do tkanek, wykonana więc praca stoi zawsze w pewnym stosunku do zużytej ilości tlenu u osobnika zdrowego. Organizm chory pracuje nieekonomicznie i dla uzyskania tego samego efektu zużywa większe ilości tlenu, wzmagając niepomiernie szybkość oddechania i pracę serca.

Technicznie wykonujemy próbę obciążenia w ten sposób, że badając np. częstość oddechania i tętna u szeregu osobników zdrowych przed i po wykonaniu pewnej ściśle określonej pracy, wyrysowujemy krzywą. Porównywując z tą krzywą wyniki otrzymane w tych samych warunkach u osobników chorych, możemy oznaczyć stopień niewydolności narządu oddechowego. Praca może polegać na wykonaniu pewnych ilości ruchów, przebiegnięciu pewnej przestrzeni, wejściu na pewną określoną liczbę schodów i t. d. *May* podaje np., iż za niezdolnego musimy uznać osobnika, u którego po wejściu na 20 schodów szybkość oddechowa wzrosła z 25 na 40, a tętno ze 100 na 120 na minutę.

Jednak i te metody niezawsze dają w praktyce pewne rezultaty, gdyż badany pomimo, że próby nie wykazują wielkiego odchylenia od normy, może nie podołać pracy przy warsztacie i odwrotnie. Wchodzą tutaj w grę warunki pracy, wpływy psychiczne, zamiłowanie, niechęć i szereg innych czynników, których tutaj wyliczać nie możemy.

To też najlepszem rozwiązaniem jest obserwacja chorego w czasie pracy w warsztatach sanatoryjnych czy też w specjalnem osiedlu warsztatowem dla płucnochorych, gdzie możemy stopniować i zmieniać najrozmaitsze czynniki. Niestety, dla nas tego rodzaju obserwacja jest niemożliwą, gdyż nie posiadamy omawianych urządzeń, tembardziej też musimy dbać o rozpowszechnienie wyliczonych wyżej metod czynnościowego badania narządu oddechowego.

Reasumując należy stwierdzić, że w każdym przypadku chor. płuc, w którym musimy orzekać o zdolności do pracy badanego, koniecznem jest uzupełnić badanie kliniczne badaniem czynnościowem, które jedynie zorjentować nas może o wielkości wysiłku do jakiego zdolny jest badany w czasie pracy.

LITERATURA.

„Atmung" II-gi tom Handbuch der normalen und Pathologischen Physiologie Springer 1925.

Brieger. Der Aufbau der objektiven Leistungsdiagnose zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Erkrankung des Respirationsapparates — Klinische Wochenschrift Nr. 4, 1933 r.

Kutschera — Aichbergen. Ueber den praktischen Wert spirometrischer Untersuchungen bei Lungentuberkulose — Aertzliche Praxis Nr. 7, 1931 r.

„Diagnosis morbi coram periculo in mora" wśród ostrych zachorzeń narządów jamy brzusznej w pokoju ordynacyjnym lekarza, oraz analogje i refleksje w tej sprawie.

PODAŁ

DR. WALERJAN KOWENICKI.

Są pewne ostre cierpienia narządów jamy brzusznej, w których wczesne rozpoznanie i natychmiastowy zabieg operacyjny decydują o życiu chorego. W leczeniu tych chorób wymagany jest pośpiech w konsekwentnem działaniu, niema czasu na badania laboratoryjne, które w niejednym wypadku nie doprowadziłyby do niczego i tylko dokładne fizykalne badanie chorego i logiczne myślenie prowadzą do ewentualnego dobrego wyniku, ratując życie człowieka.

Objawy tych chorób i djagnostyka różniczkowa sa powszechnie znane i przez wielu autorów krajowych i zagranicznych szczegółowo opracowane, a mimo to są przypadki, w których rozpoznanie przedstawia wielkie trudności i niejedna sprawa z tego powodu kończy się niepomyślnie.

Zamierzam opisać w krótkości objawy i przebieg dwóch ostrych cierpień jamy brzusznej u dwojga chorych, którzy przed kilku laty — dziwnym zbiegiem okoliczności w jednym dniu — u mnie w domu zasięgali mojej porady lekarskiej.

A chociaż oba te przypadki nie są egzotyczne i w klinikach i szpitalach dość często są rozpoznawane i z dobrym wynikiem leczone, to wobec tego ,że od roku 1895 po dziś dzień widziałem w mojem nienajszczuplejszem ambulatorjum raz jeden oba przypadki, jak również z powodu niezwykłych okoliczności, towarzyszących obu tym przypadkom, uważam, że nie są one banalne i przedstawiają, zdaniem mojem, dla lekarza praktyka pewne zainteresowanie.

1) N. N., lat 38, z S., zamężna, była u mnie przed kilku laty po poradę lekarską. Wywiady: Wieloródka, od 2 miesięcy wstrzymane menses, od trzech tygodni miewa niewielkie krwawienia z części rodnych i wielkie bóle dołem brzucha z omdleniami, a ostatnio z wymiotami.

Leczona początkowo z rozpoznaniem appendicitis lodem i czopkami z opium. Ostatnio leczona z rozpoznaniem sprawy zapalnej w przydatkach macicznych tamponami. Po każdem tamponowaniu wielkie bóle brzucha i omdlenia.

W czasie podróży kolejowej do Krakowa, trwającej 3 godziny, kilkakrotnie omdlała. Na dworcu kolejowym w Krakowie ciężkie omdlenie; w porze przedpołudniowej w towarzystwie męża zgłosiła się do mnie, wyszedłszy na II piętro.

Badanie wykazuje: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona, bladość skóry i błon śluzowych, ciepłota ciała 35.5° C, tętno około 160, miękkie, ledwo wyczuwalne.

Tony serca i wielkich naczyń głuche, w płucach nic nieprawidłowego.

Brzuch wzdęty, w dolnej części bolesny, płyn wolny w jamie brzusznej.

Po oddaniu moczu, zabarwionego krwią, badanie per vaginam z użyciem wygotowanej gumowej rękawicy wykazuje część pochwową macicy skróconą, szyjkę maciczną ziejącą, ku górze się zwężającą, wszystkie sklepienia zwłaszcza tylne spłaszczone. Bardzo ostrożnem badaniem oburęcznem znalazłem większą oporność ponad sklepieniem prawem i tylnem. Zresztą nie starałem się wybadać dokładnie macicy, ani przydatków, by chorej forsownem badaniem nie zaszkodzić.

Rozpoznałem: „graviditas extrauterina tubaria dextra rupta, haemorrhagia intraabdominalis" i zatelefonowałem na oddział ginekologiczny szpitala św. Łazarza z prośbą o przyjęcie chorej. Po przybyciu dorożką chorej na oddział zaraz przystąpiono do operacji i znaleziono w jamie brzusznej wielką ilość krwi skrzepłej i płynnej i pękniętą trąbkę prawą. Operację przeszła chora gładko. Po czterech tygodniach była u mnie przedstawić się po tym zabiegu operacyjnym i cieszy się do dziś zupełnem zdrowiem.

2) X. Y., mężczyzna z R., lat 56. Otwierając o godz. 3 popołudniu drzwi pokoju ordynacyjnego, obaczyłem w poczekalni siedzącego starszego mężczyznę, bardzo bladego. Przeto przeprosiwszy pacjentkę, która przyszła wcześniej, zająłem się tym chorym.

Wywiady: Przed dwoma laty leczyłem go z powodu wrzodu żołądka, potwierdzonego Röntgenem.

Chory przyjechał dnia tego rano pociągiem do Krakowa, zjadł obiad przed godziną w restauracji; nagle po jedzeniu uczuł wielki ból w żołądku, pojechał dorożką do hotelu, by się położyć, a ponieważ ból się wzmagał, przyjechał z żoną do mnie i wyszedł na II. piętro.

Stan obecny: Facies Hippocratis, zimny, lepki pot na twarzy, język suchy, tętno około 130 na minutę, miękkie, małe, oddech płytki, przepona po stronie lewej ku górze wypchnięta. Tony serca, nad tętnicą główną i płucną głuche. W płucach nic szczególnego wybadać nie można.

Chorego ułożyłem na wznak na otomanie. Brzuch wzdęty, nie słychać żadnych kruczeń, ani nie widać ruchów żołądka lub jelit.

Po stronie prawej nadbrzusza i podbrzusza brzuch twardy jak deska i w górze w okolicy odźwiernika zwłaszcza przy odjęciu ręki ostrożnie uciskającej bardzo bolesny. Wypukiem stłumienie wątroby zniesione.

Wobec znanych antecedencjów rozpoznanie najprawdopodobniejsze było: „ulcus ventriculi perforans, perforatio recens“.

Dałem kartkę z rozpoznaniem żonie chorego, który zeszedł z II. piętra po schodach i dorożką odjechał do kliniki chirurgicznej, — gdzie natychmiast wykonano laparatomię i znaleziono pęknięty świeżo żołądek w okolicy odźwiernika.

Nie mam dokładnej wiadomości, jaki zabieg operacyjny po skonstatowaniu pęknięcia żołądka wykonano.

Chory zniósł doskonale operację i odjechał po kilku tygodniach z kliniki do domu, skąd kilkakrotnie przez znajomych donosi. mi o swoim dobrym stanie zdrowia.

Oba te przypadki, jak już wspomniałem, nie należą do najrzadszych, ale z tego powodu przedstawiają pewną wartość dla lekarza, że oboje ciężko chorzy, z pękniętą trąbką, bardzo skrwawiona i chory z pękniętym świeżo żołądkiem wyszli na II. piętro po poradę lekarską, — na szczęście byli natychmiast operowani i oboje wyzdrowieli.

W obu przypadkach były zewnętrzne warunki korzystne dla chorych.

Bez natychmiastowego zabiegu operacyjnego oba przypadki zakończyłyby się niepomyślnie, zwłaszcza przypadek drugi, w którym chory już w dwie godziny po pęknięciu żołądka był operowany.

Dwa analogiczne zachorzenia znane mi z tego powodu, że dotyczyło to moich pacjentów w jakiś czas po moich wyżej opisanych przypadkach, miały inny przebieg.

Sam ich nie spostrzegałem.

a) U chorej lat 34 liczącej, przebywającej w miejscowości klimatycznej wystąpiły nagle bóle brzucha.

Rozpoznano appendicitis acuta i odesłano ją tegoż dnia do Krakowa do operacji. Chora, jadąc kilka godzin pociągiem omdlewała w drodze kilkakrotnie. Po przyjeździe w wieczór do Krakowa rozpoznano graviditas extrauterina tubaria rupta i zaraz ją operowano.

Chora była bardzo skrwawiona i mimo transfuzji krwi życie wkrótce po zabiegu operacyjnym zakończyła.

b) W drugim przypadku u mojego chorego, leczonego przeze mnie przed kilku laty z powodu ulcus pylori, co również stwierdził Röntgen, wystąpiły nagle w południe wielkie bóle brzucha. Chory liczył lat 62. Wedle relacji żony jego rozpoznano angina abdominalis. W następnym dniu z powodu ciężkich objawów otrzewnowych przystąpiono do laparatomii i znaleziono ropne zapalenie otrzewnej rozlane z powodu pękniętego wrzodu żołądka.

Wkrótce po zabiegu exitus letalis.

Inny był znów przebieg w dwu analogicznych dalszych przypadkach, przeze mnie obserwowanych.

c) U chorej 25 lat liczącej, którą przed pięciu laty ambulatoryjnie leczyłem z powodu cholelithiasis, wystąpiły bardzo wielkie bóle w okolicy wątroby z gorączką. Wezwany do niej rozpoznałem cholecystitis acuta i wstrzyknąłem morfinę z atropiną w odpowiedniej dawce.

Stan chorej na kilka dni się polepszył, a następnie wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy pęcherzyka żółciowego z podrażnieniem otrzewnej w nadbrzuszu po stronie prawej i z wysoką gorączką.

Wobec tego poleciłem wezwać chirurga. Znakomity chirurg nie zgadzał się z mojem rozpoznaniem, nagląc jednakże do natychmiastowej operacji. Na życzenie rodziny chorej byłem obecny przy operacji.

Chirurg rozpoczął cięciem dolnem w linea alba, a nie znalazłszy w dolnej części brzucha nic chorobowego, po przedłużenia cięcia w górę wyciął pęcherzyk żółciowy, w którym prócz żółtych, okrągłych kamyków był jeden biały, sześcioboczny (cholestearynowy). W miejscu tem istniała odleżyna, tak że ścianę pęcherza żółciowego w miejscu tem tworzyła tylko otrzewna, będąca już w stanie zapalnym.

Chora po dwóch miesiącach wróciła zdrowa do domu.

d) W drugim przypadku zostałem wezwany do chorej lat 40 liczącej, wieloródki, — przed kilku laty operowanej z powodu graviditas extrauterina tubaria sinistra rupta, — która nagle zachorowała, wśród bólów w brzuchu, wymiotów i miernej gorączki. Po bardzo dokładnem badaniu znalazłszy bolesność w okolicy punktu Mac-Burneya, po prawej stronie w dole, défense musculaire, objaw Blumberga, wybitny objaw Rovsinga, per vaginam objawy adnexitis chronica dextra, rozpoznałem appendicitis acuta (I. dzień) i poleciłem chorą przewieść do szpitala celem natychmiastowej operacji.

Po kilku latach dowiedziałem się od męża chorej, człowieka inteligentnego, że wówczas przy operacji znaleziono u niej graviditas extrauterina tubaria dextra, a nie appendicitis acuta i trąbkę usunięto. Chora wyzdrowiała.

Trudności djagnostyczne w ostrych cierpieniach narządów jamy brzusznej są nieraz bardzo wielkie (pomijam tu ostrą niedrożność przewodu pokarmowego), już choćby z powodu mnogości tych narządów i sąsiadujących z narządami tymi tworów pozaotrzewnowych (trzustka, nerki, tkanka przykręgowa, pewne okolice zaotrzewnowe należące do części rodnych etc.), których ostre zachorzenia często wywołuje objawy podobne, jak w ostrych chorobach narządów jamy brzusznej, a ostatecznie n. p. pokazuje się że była to kolka nerkowa.

e) Przed wielu laty, pamiętam, zachorował nagle mężczyzna, lat przeszło 50 liczący, wśród wielkich bólów w brzuchu po stronie prawej, wymiotów i gorączki.

Rozpoznano u niego appendicitis acuta i polecono wedle ówczesnych poglądów leczenie konserwatywne. Z dnia na dzień stan chorego się pogarszał, a wobec rozpoznania „ropienia w okolicy ślepej kiszki“ przygotowano chorego do zabiegu operacyjnego.

Nagle chory po gwałtownych bólach w brzuchu i lędźwiach oddał wielką ilość moczu krawego, a wraz z nim kamień szczawianowy i rychło potem wyzdrowiał. Przypadek ten utkwił mi dokładnie w pamięci; byłem wtedy najmłodszym z lekarzy będących przy łóżku chorego.

Każdy ciężki przypadek chorobowy, jest dla lekarza pewnem przeżyciem w jego działaniu lekarskiem, przy dobrem rozpoznaniu i korzystnem dla chorego wyniku leczenia pożądanem wydarzeniem, a ze stanowiska naszej nauki, względnie sztuki lekarskiej, stanowi nieraz osobny rozdział.

Obok właściwości wewnętrznych chorego wrodzonych i nabytych, odróżniających u niego przebieg choroby, ceteris paribus, od innego podobnego przypadku, wchodzą w grę różne warunki zewnętrzne, które utrudniają niekiedy rozpoznanie.

A chociaż niestety niezawsze rozpoznanie zgodne jest z prawdą, bo „errare humanum est“, a Goethe powiedział: „der Fehler ist viel leichter zu erkennen, als die Wahrheit zu finden; jener liegt auf der Oberfläche und lässt sich leicht fertig werden, diese ruht am Boden und nicht Jedermanns Sache ist nach ihr zu forschen“, — to jednakże przy dokładnem badaniu, logicznem wnioskowaniu i odpowiedniem doświadczeniu lekarskiem, mając przedewszystkiem na oku, że: „salus aegroti suprema lex esto“, w przeważnej ilości wypadków można dojść do tego pożądanego celu.—

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.
REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH
SCHORZENIACH WĄTROBY
NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE
WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH

DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel



ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU
NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE
MOCZNIKA
ZAPARCIE NAWYKOWE

PRÓBY I LITERATURĘ
NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY

SKŁAD GŁÓWNY
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

ACECOLINE

STABILIZOWANY PREPARAT ACETYLCHOLINOWY
SPRAWDZONY DOŚWIADCZALNIE.

Rozmiękczenie mózgu.
Porażenie połowicze.
Nadciśnienie tętnicze.
Kurcze środkowej tętnicy siatkówki.
Zapalenie tętnic. Kurcze tętniczek.
Zgorzele.

Zaburzenia troficzne.
Chromanie przestankowe.
Zespół Raynaud.
Dusznica Bolesna.
Kolka ołowicza.
Poty u gruźlików.
Sympatykotonja.

DAWKA: 0.1-0.2 gr. dla wszystkich wskazań.
DAWKA: 0.02-0.05 gr. przeciw nadmiernym potom.

POSTACI:
ampułki { á 0.10, 0.20.
á 0.02, 0.05

Zastrzyki domięśniowe
lub podskórne
niebolesne.

Próby i literatura na żądanie WPp lekarzy.

Wprowadzona do oficjalnego spisu leków Zw. Kas Chorych.

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA Kaliska 9. Tel. 924-39, 930-42.

L. WŁODARCZYK

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Rozważania kliniczne o niedokrwistości złośliwej. (Considerations cliniques sur les anémies pernicieuses). Bouchut et Froment.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 326, 1933 r.

Rozważania autora opierają się na spostrzeganiu 40 chorych ze złośliwą niedokrwistością, z których większa część (26) pozostawała pod obserwacją dość długą dla dokładnego wykonania wszystkich badań i ustalenia rozpoznania, u 19 wykonano badanie sekcyjne, potwierdzające rozpoznanie. Z pośród objawów na pierwszem miejscu stały dolegliwości żołądkowe, którym towarzyszyły wymioty i rozwolnienia. Rzadsze były zapalenia dziąseł i stan zapalny języka. Stwierdzono, że pasożyty przewodu pokarmowego nie mogły być przyczyną dolegliwości żołądkowych, gdyż tylko u trzech chorych znaleziono jaja trichocephalus dispar i lamblia intestinalis. U wszystkich chorych, u których badano treść żołądka stwierdzono brak kwasu solnego, nawet po obiedzie próbnym i przy kilkakrotnem powtórzeniu badania. Najprawdopodobniej i zmiany krwi, i zaburzenia wydzielania kwasu solnego są następstwem jednego i tego samego czynnika patogenetycznego, gdyż powiększenie wymiaru krwinek i brak kwasu solnego poprzedzają nieraz znacznie wystąpienie objawów niedokrwistości. W przeciwieństwie do anemji na tle nowotworowem chorzy naogół nie tracą na wadze, choć czasami spotyka się również znaczne wychudzenie, którego przyczyną są raczej zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Z objawów sercowo - naczyniowych stwierdza się najczęściej nad sercem znane szmery skurczowe, jednakże słyszy się czasami i szmer rozkurczowy, występujący najczęściej w okolicy mostka. Przypuszczają, że ostatni szmer związany jest z czynnością płuc, gdyż powiększa się on w czasie wdechu, wypowiadano również zdanie, że szmer rozkurczowy jest przeniesiony z żył szyjnych. Obecność szmerów nie tylko skurczowych, ale i rozkurczowych nakazuje największą ostrożność przy stawianiu rozpoznania wady serca u chorych anemicznych, tembardziej że, jak to wykazały spostrzeżenia, potwierdzone badaniem sekcyjnem, może u tych chorych wystąpić i pomruk koci pomimo że wady serca się nie stwierdza. Chorzy cierpią często na znaczną pobudliwość i na bicie serca, przy wysiłku występują czasami bóle w okolicy serca. U połowy chorych znaleźli autorzy obrzęki, naogół lekkie, występujące w okolicy kostek, rzadsze są obrzęki cięższe. Uderzająca jest częstość obrzęków przy zupełnem braku białkomoczu. Objawy krwiotoczne są rzadsze od objawów żołądkowych i obrzęków, autorzy znaleźli je tylko u 9 na 40 chorych po odliczeniu tych którzy mieli krwawienia na siatkówkach. Ciepłota jest naogół podwyższona, szczególnie wyraźna w formach ciężkich, jednakże nie można powiedzieć, żeby ciepłota była równoległa do stopnia choroby, nie wybija się ona naogół na pierwszy plan w obrazie chorobowym, któremu prawie zawsze towarzyszy. Powiększenie śledziony jest raczej rzadkie, jednakże sekcyjnie stwierdza się w większości przypadków jej większą wagę Stwierdzenie powiększonej śledziony może mieć znaczenie przy różniczkowaniu, gdy chodzi o odróżnieniu niedokrwistości od sprawy nowotworowej. Czasami występuje żółtaczka o charakterze hemolitycznym, autorzy u swoich chorych stwierdzili ją jednakże tylko w dwóch przypadkach, ale nie miała ona charakteru hemolitycznego, u jednego chorego występowała w postaci zakaźnej. Określenie charakteru żółtaczki jest ważne, gdyż pozwala do pewnego stopnia ocenić naturę zasadniczej przyczyny cierpienia, której punkt wyjścia przy procesie zakaźnym znajdować się może w przewodzie pokarmowym. Objawy nerwowe są częstsze od żółtaczki, występują w postaci zaburzeń czucia głębokiego, zaburzeń ruchowych. Pod wpływem leczenia wątrobą zaburzenia te znikają częściowo, często jednak zjawiają się ponownie w miarę pogorszenia ogólnego.

Do nietypowych powikłań złośliwej anemji należą objawy niedomogi serca, a także formy, przebiegające z zaburzeniami dokrewnemi i powikłane osteomalacją. Czasami w przebiegu złośliwej anemji trwającej kilka miesięcy albo nawet lat. występują objawy niedomogi serca; serce jest powiększone, zjawia się rytm cwałowy w towarzystwie obrzęków, powiększonej wątroby i przesięku w jamie brzusznej. Po zastosowaniu leczenia naparstnicą objawy te znikają. Przyczyną zmian sercowych, towarzyszących niedokrwistości złośliwej jest albo działanie sercowe samej anemji albo też nieznany czynnik, będący przyczyną niedokrwistości, działa również i na serce, doprowadzając do jego niedomogi. Objawy sercowe pozostają naogół utajone i zdradzają się conajwyżej powiększonym wymiarem serca, czasami jednak dołączają się wyraźne oznaki niewydolności krążenia. W przebiegu lekkich postaci niedoczynności tarczycy u dwóch chorych stwierdzili autorzy, że wyleczenie nastąpiło dopiero po podaniu preparatów tarczycy. Ponieważ anemja występuje także w przebiegu obrzęku śluzakowatego należy przypuszczać, że korzystne działanie wyciągów tarczycy nie było objawem przypadkowym i że wydzielanie tarczycy wywierać może pewien wpływ na zachowanie się krwinek czerwonych. Doświadczalnie wykazano również, że pod wpływem wstrzykiwania wyciągów tarczycy powiększa się liczba ciałek czerwonych. W ciężkich postępujących formach anemji należy więc myśleć o niedomodze tarczycy, przebiegającej w sposób utajony; poprawa stanu tych

chorych występuje tylko po zastosowaniu leczenia dokrewnego. Autorzy przytaczają również opis jednego przypadku w którym osteomalacia przebiegała w towarzystwie ciężkiej niedokrwistości. Patogeneza i etiologja złośliwej niedokrwistości jeszcze nie są wyświetlone. Cierpienie występuje naogół w drugiej połowie życia, między 40 — 60 rokiem. Autorzy zwracają uwagę, że leczenie wątrobą, dające zwykle dobre wyniki w początkach cierpienia, jest mniej korzystne przy jego nawrotach. Przelewanie krwi wywoływały często u chorych ciężkie wstrząsy, autorzy stosowali wobec tego małe dawki krwi podawane śródmięśniowo, które były lepiej znoszone.

Skłaczanie zimnicze a zimnica przewlekła. (Malaria floculation et paludisme chronique). M. L. Bourdelles.

Bull. et Mem. Soc. Med. des hop. Nr. 19, 1933 r.

Autor omawia różne poglądy na sprawę zimnicy przewlekłej. Według jednych poglądów chorzy, powracający z okolic podzwrotnikowych przy racjonalnem stosowaniu chininy zostają wyleczeni, inni są zdania, że istnieje zimnica przewlekła, na dowód czego przytaczają spostrzeżenia, wykazujące obecność plazmodji w śledzionie, w naczyniach włosowatych mózgu, w łożysku, w komórkach sercowych, we krwi u osób o przebytej zimnicy w kilka lat po ich powrocie do kraju. Szczególnie ciekawe były spostrzeżenia, które wykazały zakażenie zimnicze przy przelewaniu krwi, przyczem dawca, dawniej chory na zimnicę, od kilku lat znajdował się we Francji. Możliwość wtórnego zakażenia zdawała się w przytoczonych przez autorów przypadkach być wykluczona.

Stwierdzenie przewlekłej zimnicy opierało się dotychczas na badaniu klinicznem, na badaniu krwi, w której doszukiwano się charakterystycznych zmian, obecności plazmodji, anemji, charakterystycznej zmiany wzoru leukocytów. W nowszych czasach dla rozpoznania zimnicy przewlekłej wprowadzono badanie zmian humoralnych. Odczyn skłaczania sposobem Henry jest jednym ze sposobów rozpoznawania tych zmian. Odczyn ten występuje w postaci skłaczania przy zetknięciu surowicy chorych zimniczych z barwikami, odpowiadającemi barwikom zimniczym, grającym rolę antigenów: melaniną naczyniówki i białkanem żelaza. Autor zbadał zapomocą tej próby 400 surowic. Próba była prawie zawsze dodatnia w zimnicy czynnej z atakami gorączkowemi i plazmodjami we krwi obwodowej, była ona również dodatnia w zakażeniu powtórnem z powiększoną śledzioną; natomiast wypadała ujemnie u osób zdrowych albo dotkniętych innemi cierpieniami. Autor badał ponadto 82 osoby, które po przejściu zimnicy wróciły do kraju i nie przeszły przez zakażenie powtórne. Z tych 75 miało odczyn ujemny, tylko 4 dodatni. W innym szeregu zbadał autor na odczyn Henry'ego surowicę 204 osób, które dawniej przebyły zimnicę, stwierdzoną klinicznie i hematologicznie. 36 tych chorych przebywało tylko krótki czas w ogniskach epidemji, jednak pomimo że zimnica była u nich stwierdzona, chorzy ci prawie żadnych zmian nie wykazywali, odczyn był u 33 ujemny, u trzech dodatni U 23 chorych, którzy przebywali przez kilkanaście lat w ogniskach epidemji, a więc mogli podlegać zakażeniom powtórnym odczyn był również ujemny, podobnie, jak i u 145 chorych którzy przebyli zimnicę kilka lub kilkanaście lat przed badaniem. Ciekawe jest, że badanie surowicy dawcy krwi, który przeniósł zimnicę na dwoje dzieci miało wynik wybitnie dodatni, pomimo, że sam dawca nie miał nigdy ataku zimnicy, choć przebywał długi czas w Dakarze, śledziona jego była powiększona.

Zastosowanie więc odczynu Henry'ego wykazuje względną łagodność i szybkie znikanie pierwotnego zakażenia zimniczego. Jednakże odczyn ten powinien być zastosowany u dawców krwi nawet gdy ich zakażenie zimnicze jest bardzo odległe. We Francji endemiczna zimnica zdaje się być cierpieniem bardzo rzadkiem.

Leczenie gorączkowe spraw stawowych zakaźnych ostrych i podostrych. (La pyretothérapie des arthrites infectieuses aigues et subaigues). Richet, Facquet et Davous.

Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Nr. 23, 1933 r.

Autor stosował w 7 przypadkach zakaźnego gośćca ostrego i podostrego różnego pochodzenia wstrzykiwanie zarazków wąglika w dawkach 225 miljonów za pierwszym razem, 335 miljonów za drugim razem, 450 za trzecim razem. Wstrzykiwania robi się w odstępach dwu lub trzydniowych. Wyniki tego leczenia były naogół korzystne. Objawy stawowe występują dopiero na szczycie gorączki i w czasie jej opadania, zmniejsza się wtedy zaczerwienienie, stan zapalny i obrzęk stawu. Równocześnie zmniejsza się albo znika zupełnie ból, stawy odzyskują ruchomość, wzniesienie ciepłoty, towarzyszące sprawie stawowej przed wstrzyknięciem szczepionki wąglika opada do normy albo też ją nieznacznie przewyższa. Wyleczenie następuje czasami już po pierwszym wstrzyknięciu, wynik jest szczególnie wtedy korzystny, gdy rozpoczęto wstrzykiwania w początku cierpienia. Gorączka wywołana szczepionką jest naogół wysoka, przewyższa 39,5° i utrzymuje się kilka godzin na tym poziomie. Korzystny wynik leczniczy jest związany z wysoką ciepłotą, tam gdzie jej niema, niema także i działania leczniczego. U żadnego chorego nie zastosowali autorzy więcej, niż 7 wstrzyknięć.

Autorzy przypuszczają, że korzystny wynik leczenia nie jest wywołany powiększeniem liczby leukocytów, które jest słabe i występuje późno przy zastosowaniu zarazków wąglika. Leczenie gorączkowe nie działa także na podobieństwo wstrząsu, gdyż nie spostrzegano nigdy spadku ciśnienia, ani innych zmian krwi charakterystycznych dla wstrząsu. Mechanizm leczenia gorączkowego jest nieznany, jednakże korzystne wyniki zachęcają do jego stosowania.

Kilka spostrzeżeń nad migreną. (Quelques observations sur les migraines). H. Paillard.

Journal Médical Français. Nr. 2. T. XXII, 1933 r.

Omawiając pokrótce przyczyny migreny, jej charakter konstytucyjny, działanie różnych ciał uczulających, układu dokrewnego, szczególnie jajników i tarczycy, wreszcie wpływ przewodu pokarmowego oraz działanie czynników naczyniowo-ruchowych (przejściowe rozszerzenie naczyń i wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego) zwra-

ca autor uwagę na korzystne działanie kalomelu. Stosuje on rano naczczo w okresach 10 — 15 dniowych 0,01 — 0,03 kalomelu, który zaleca popijać szklanką słabo cukrzonego naparu ziółek. Korzystny wpływ kalomelu tłómaczy autor jego przeciwgnilnem działaniem w przewodzie pokarmowym, a także działaniem żółciopędnem. Poza kalomelem radzi próbować w leczeniu migreny peptonu, wstrzykiwań krwi własnej (dających jednak lepsze wyniki w przebiegu astmy), wreszcie leczenia djetetycznego, przy którem starannie trzeba poszukiwać pokarmów uczulających.

Zagadnienia współczesne krzemionkowatości płuc. (La silicose pulmonaire et ses problèmes actuels). A. Policard.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 314, 1933 r.

Rozwój przemysłu w ostatnich czasach nadał zagadnieniu krzemionkowatości płuc nową wagę, dzięki coraz większemu rozwojowi techniki, używającej maszyn o wielkiej szybkości do przeróbki materjałów, zawierających krzemionkę, dotyczy się to przedewszystkiem pił mechanicznych w przemyśle kamieniarskim, narzędzi używanych w kopalniach, młynów mechanicznych, etc. Z tych też względów krzemionkowatość, dawniej rzadka, staje się obecnie częstą chorobą zawodową. Powstaje jednak pytanie czy krzemionkowatość jest chorobą czysto zawodową, a więc zasługującą na odszkodowanie, czy też wchodzą w grę jeszcze inne czynniki, a przedewszystkiem gruźlica, która często łączy się z krzemionkowatością.

Badania anatomopatologiczne wykazały, że krzemionkowatość wywołuje anatomiczne zmiany płuc, których wyrazem jest guzek krzemionkowy. Guzki te wielkości 1 — 2 mm. przekroju znajdują się w tkance płucnej pozornie zdrowej albo też rozedmowej. Składają się one ze zwartej tkanki łącznej, zawierającej drobniutkie cząsteczki (1 — 2 m) krzemionki. Niektóre z tych guzków są zserowaciałe w środku i zawierają równocześnie laseczniki Kocha. Są to guzki krzemionkowo - gruźlicze. Klinicznie charakterystyczną cechą krzemionkowatości płuc jest kontrast między znacznemi rentgenologicznemi zmianami płuca, a nikłemi objawami klinicznemi. W pierwszych bowiem okresach, które jednak mogą przeciągać się latami, rozpoznanie może być postawione tylko na podstawie badania promieniami X. W tym okresie stwierdza się tylko rozszerzenie cieni wnękowych i okołonaczyniowe i okołownękowe smugi włókniste. Dopiero w dalszych okresach wytwarzają się guzki głównie w płatach środkowych, podczas gdy szczyty są wolne. Zmiany płucne są symetryczne. Podczas gdy ten drugi okres przypomina rentgenologicznie prosówkę, w okresie trzecim wytwarzają się w okolicach przywnękowych płatów środkowych guzki znacznie większe, przypominające sprawę nowotworową. W okresie początkowym chorzy nie wygłaszają żadnych skarg. Kurz krzemionkowy drażni nieznacznie oskrzela, z tego też względu krzemionkowatość jest chorobą suchą, przebiegającą bez kataru oskrzeli i bez kataru krtani. Zmiany płuca wytwarzają się stopniowo, powoli bez znaków ostrzegawczych. W okresie prosówkowym chorzy kaszlą trochę więcej, występuje duszność przy pracy, ale niema ani gorączki, ani wychudzenia. Klatka piersiowa ma naogół kształt beczkowaty. Dopiero w trzecim okresie pseudonowotworowym zwiększa się duszność, ale jest ona niewielka w stosunku do zmian włóknistych. Te ostatnie wywołują zaburzenia krążenia i chorzy z krzemionkowatością płuc kończą nieraz na sprawę sercową; prawa komora serca jest zawsze przerośnięta. W okresie tym stan ogólny się pogarsza, chorzy chudną i starzeją się przedwcześnie. Rozpoznawczo charakterystyczną cechą drugiego okresu jest rozdźwięk między obrazem rentgenologicznym płuc, a nikłością objawów klinicznych i ujemnym wynikiem badań w kierunku gruźlicy. Tak w pierwszym, jak i drugim okresie dane etiologiczne i obraz rentgenologiczny ułatwiają rozpoznanie, podobnie jak i w trzecim okresie w którym znowu występuje, ale innego charakteru rozdźwięk między znacznemi zmianami klinicznemi, wychudzeniem, dusznością a objawami sercowemi i obrazem płuc. Przypuszczano, że na powstanie krzemionkowatości wpływa głównie ilość krzemionki, znajdującej się w kurzu, dziś jednak wiadomo, że czynnikiem, wywołujących nie jest ilość całkowitej krzemionki, ale ilość krzemionki wolnej czyli kwarcu. Krzemiany nie wywołują krzemionkowatości dlatego też w kopalniach, zawierających znaczne ilości krzemianów, ale mało kwarcu, krzemionkowatości się nie spotyka, podczas gdy te przypadki są częste w kopalniach bogatych w kwarc. Określenie całkowitej ilości krzemionki jest bez znaczenia dla oceny szkodliwości kurzu, ważne jest tylko znaczenie ilości krzemionki wolnej. Ta ostatnia znajduje się w znacznych ilościach w następujących minerałach: kwarc, trudymit i kristobalit, opal, chalcedon.

Dla powstania krzemionkowatości płuc posiadają znaczenie i właściwości fizykalne cząsteczek kurzu. Cząsteczki te są tembardziej szkodliwe, im są mniejsze, gdyż przy jednej wadze mają znacznie większą powierzchnię, co zwiększa ich działanie toksyczne. Mniejsze cząsteczki pozostają również dłużej w zawieszeniu, nie opadają w oskrzelach, ale przedostają się do pęcherzyków płucnych, ponadto nie zostają one usunięte przez rozpylanie wody, gdyż wprost przeciwnie kropelki wody obładowują się temi osadnikami i przenoszą je z sobą. Z tego też względu rozpylanie wody, mające na celu usunięcie kurzu, np. w kopalniach przy rozsadzaniu skał, wprawdzie usuwa cząstki grube, ale cząsteczki najmniejsze i najbardziej niebezpieczne pozostają w zawieszeniu. Maleńki wymiar cząsteczek tłómaczy także niewystarczalność masek używanych w przemyśle. Do powstania krzemionkowatości najważniejsze są te cząsteczki, które przedostają się do pęcherzyków płucnych i w nich pozostają. Powietrze jest tem szkodliwsze, im gęstszy jest kurz składający się z drobnych cząsteczek o wymiarach mniejszych niż 5 μ.

Okres czasu potrzebny do rozwoju krzemionkowatości jest różny, w najniebezpieczniejszych warunkach rozwija się ona w przeciągu 3 — 5 lat (obróbka granitu 3 — 4 lata, polerowanie, przygotowywanie proszku do polerowania 2 — 5 lat). Warunki pracy nie są tak niebezpieczne w kopalniach np. w kopalniach złota, zawierających dużo krzemionki, występują objawy po 4 — 10 latach, w kopalniach węgla po 10 — 25 latach.

Zauważono, że rodzaj oddychania przy pracy ma także znaczenie, praca ciężka, przyśpieszająca oddychanie sprzyja powstawaniu cierpienia, podobnie działa i wdychanie gazów trujących. Zastanawiano się nad tem jak działają cząsteczki krzemionki. Są one niebezpieczne, gdyż pozostają w płucach, gdzie prawdopodobnie powoli pod działaniem zasad organicznych powstają z nich krzemiany, które pod wpływem kwasu węglowego zamieniają się na toksyczną krzemionkę kolloidalną. Komórki pęcherzyków płucnych, pochłaniające cząsteczki krzemionki obumierają powoli i dostają się one do naczyń limfatycznych gdzie tworzą zakrzepy. Wokoło tych nagromadzeń komórkowych wytwarza się bujanie tkankołącznowe, tworzące guzek krzemionkowy.

Ponieważ krzemionkowatość płuc łączy się często z gruźlicą zastanawiano się czy wogóle wystąpić ona może w czystej postaci, czy też wytwarza się zawsze na podkładzie gruźliczym. Tam gdzie oba cierpienia są połączone nie wiadomo również czy gruźlica, czy też krzemionka były pierwotnym chorobotwórczym czynnikiem. Naogół przyjęto pierwsze przypuszczenie; działanie krzemionki ma być czynnikiem wtórnym, który zmienił przebieg zakażenia gruźliczego, nadając mu przebieg powolny, charakter włóknisty, wytwarzając odporność miejscową w stosunku do gruźlicy, nie wpływając jednak na odporność innych narządów. Wyrażano wprawdzie również przypuszczenie, że guzki krzemionkowe są dobrym podłożem dla rozwoju prątka, ale przypuszczenia te nie zostały należycie udowodnione.

Chorzy na krzemionkowatość płuc umierają naogół między 50 — 55 rokiem życia. Przebieg cierpienia zależy od rozwoju z jednej strony gruźlicy, z drugiej procesu włóknistego płuc. Chorzy umierają albo na gruźlicę, albo z powodu niedomogi krążenia na tle procesu włóknistego w płucach. Cierpienie postępuje nawet wtedy, gdy chorzy opuszczają szkodliwą pracę. Na krzemionkowatość płuc należy zwrócić szczególną uwagę jako na jedną z najważniejszych chorób zawodowych czasów obecnych.

Badania nad działaniem mescaliny. (Recherches sur l'action de la mescaline) p. G. M a r i n e s c o.

Présse Médicale. N. 74. 1933.

Mescalina jest najważniejszym alkaloidem „Echinocactus Wiliamsi", rośliny rosnącej w Meksyku, czczonej przez indjan meksykańskich jako źródło szczęścia i bogactwa. Zajmuje ona odrębne zupełnie stanowisko wśród jadów układów nerwowego, gdyż wywołuje wizje wzrokowe niezrównanej piękności i barwy, połączone z uczuciem szczęścia i radości.

Wizje barwne występują samoistnie mogą być jednak wywołane i przez bodźce słuchowe, tworząc objaw t. zw. audition colorée. Słuchanie utworów muzycznych przez słuchacza inteligentnego, ale nie wykształconego specjalnie muzycznie i nie uprzedzonego o rodzaju wykonywanych dzieł wywołuje bogate, barwne, figuralne wizje, odpowiadające treści muzycznej dzieła np. po kwintecie fa bemol Schumanna wizja szabli tureckich przepięknie inkrustowanych, później złotych gwiazd, rozsypanych w przestrzeni, wreszcie rycerzy zbrojnych dosiadających białych koni; w czasie słuchania „Sindbada na morzu" Rimskiego Korsakowa występuje cudowna wizja morza o zachodzie słońca, etc. Wizje łączą się z poczuciem szczęścia, równocześnie występuje jakby rozdwojenie jaźni, pewien rozdział między duchem i ciałem, uczucie, że się jest czystą myślą, oddzieloną od ciała.

Autor wykonał 15 doświadczeń z mescaliną, z tych 5 u studentów medycyny, 2 u nauczycieli, 7 u malarzy i 4 u chorych (jedna histeryczka, jeden chłopiec niewidomy, etc.). Mescalinę wstrzykiwano w dawce 0.36 — 0.44 centigr. Ta sama dawka mescaliny nie wywołuje jednakowych wizyj u wszystkich osób, nie tylko kultura i wykształcenie, ale i charakter człowieka odgrywa pewną rolę, działanie mescaliny jest przyjemniejsze u osób zrównoważonych fizycznie i psychicznie. Pierwsze objawy występują w 50 minut do dwóch godzin po wstrzyknięciu w postaci nudności, dreszczy, ślinienia, zaczerwienienia twarzy, później zjawiają się kształty barwne. Kształty te zjawiają się samoistnie, ale równocześnie każdy ruch, każdy dźwięk zamienia źródło dźwięku w barwny obraz. Obrazy są tem barwniejsze, im silniejsze jest działanie mescaliny w miarę gdy działanie jej słabnie, zmniejsza się i barwność wizji. Równocześnie z euforią zjawia się uczucie rozdwojenia jaźni, utrata poczucia czasu i zaburzenia orjentacji w przestrzeni. Autor omawia w końcu mechanizm działaina mescaliny, zastanawiając się czy może on przyczynić się do wzmożenia twórczości artystycznej i naukowej.

Leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy parenteralnem stosowaniem białka. (La therapeutique parenterale par proteine dans le traitement des ulcerationes gastroduodenales). B. O. P r i b r a m.

Présse Médicale. N. 75. 1933.

Opierając się na spostrzeżeniach, które wykazały, że w przewlekłych zapalnych ogniskach występują odczyny na różne bodźce, nie wywołujące odczynu w innych częściach ustroju, zastosował autor wstrzykiwania ciał białkowych, początkowo w celach rozpoznawczych. Działanie proteinów zaznacza się jednak nietylko ożywieniem stanu zapalnego, ale równocześnie wzmagają się ochronne procesy tkankowe w których następstwie występuje poprawa, a nawet wyleczenie ognisk zapalnych. W ten sposób powstała myśl leczenia wstrzykiwaniami ciał proteinowych wrzodów żołądka i dwunastnicy. Zauważono, że po wstrzykiwaniach występowało zaostrzenie objawów ze strony wrzodu, trwające kilka godzin, poczem stwierdzano wybitną poprawę tak, iż chorzy nieraz po jednym albo dwu wstrzyknięciach zaczynali się odżywiać normalnie, gdyż bóle znikały i waga ich się poprawiała szybko. Poprawa ta była szczególnie widoczna u osób, które poprzednio w ciągu kilku miesięcy były leczone surową dietą. Szczególnie wyraźne jest uspakajające działanie proteinów na bóle, autor powątpiewa nawet, że ma do czynienia z chorobą wrzodową, jeżeli po zastosowaniu leczenia proteinowego dolegliwości nie ustępują. Autor przypuszcza, że działanie ciał

białkowych odbywa się drogą układu wegetatywnego, znosząc skurcze mięśniowe i naczyniowe, zmniejszając napięcie ściany żołądka, i jego pobudliwość, wreszcie pobudzając zdolności regeneracyjne tkanek i wzmagając wydzielanie antypsyny. Dzięki połączonemu działaniu tych wszystkich czynników zmniejszają się objawy bólowe i owrzodzenia zdradzają skłonność do gojenia. Działanie ciał białkowych zjawia się bezpośrednio po wstrzyknięciu, prześwietlenie żołądka wykazuje wtedy, że nisze wrzodowe są mniej głębokie, zmniejsza się pobudliwość ruchowa żołądka, jeżeli były skurcze odźwiernika, to znikają one i żołądek wypróżnia się prawidłowo. Działanie ciał białkowych nie jest związane z jakimś specjalnym gatunkiem białka.

Autor stosował novoprotinę Hoffmann-Laroche'a, jest to krystaliczne, roślinne ciało białkowe. Wstrzykiwań dokonywano śródżylnie, jednakże można także posługiwać się drogą domięśniową; zaczyna się wstrzykiwania od dawek małych, wywołujących nieznaczny odczyn ogólny, zdradzający się podwyższeniem ciepłoty, a także silniejszemi bólami w okolicy wrzodu. Objawy te występują w kilka godzin po wstrzyknięciu, następne wstrzyknięcia wykonuje się po zupełnem zniknięciu odczynu, wywołanego wstrzyknięciem poprzednim, przyczem powoli, stopniowo zwiększa się dawki. Liczba wstrzyknięć nie przekracza 8 — 10. Naogół już po pierwszem albo drugiem wstrzyknięciu występuje poprawa, zmniejszają się przedewszystkiem bóle, chorzy zaczynają się lepiej odżywiać i waga ich wzrasta. Opierając się na spostrzeganiu przeszło 500 chorych, dochodzi autor do przekonania, że leczenie proteinowe jest najważniejszą metodą leczniczą w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Inne metody lecznicze w szczególności dietetyczne są raczej środkami pomocniczemi, nie odgrywającemi roli decydującej. Proteinoterapia może być stosowana nawet przy wystąpieniu krwawień, natomiast nie używa jej autor w przypadkach powikłanych gruźlicą, nawet utajoną, gdyż może się ona przyczynić do obudzenia ognisk starych. Od chwili wprowadzenia i wypróbowania leczenia proteinowego postępowanie autora stało się bardziej zachowawcze, jako podlegające zabiegowi uważa on jedynie owrzodzenia żołądka i dwunastnicy, mające skłonność do krwawień, ponadto zabieg jest konieczny przy zwężeniach odźwiernika, połączonych ze znacznem rozszerzeniem żołądka. Wszystkie inne przypadki podlegają naprzód leczeniu proteinowemu, według spostrzeżeń autora 60 — 70% chorych zostaje wyleczonych tą metodą. Autor z naciskiem zaznacza, że chorzy u których wystąpiły tak dobre wyniki przy zastosowaniu metody proteinowej byli do niego kierowani w celu wykonania zabiegu chirurgicznego po bezskutecznym wyniku stosowania innych metod leczniczych tak dietetycznych, jak i chemicznych. Autor w końcu gorąco zaleca metodą leczenia proteinowego stosowaną na jego oddziale w ciągu 13 ostatnich lat. Dodatnie wyniki proteinoterapji są podobne do stosowanego w ciągu lat ostatnich przelewania krwi.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Czy należy usuwać z odżywiania mleko (pokarm) w przebiegu wyprysku u niemowląt. (Faut — il supprimer le lait dans l'eczéma du nourisson). F e r r u.

La pédiatrie pratique. Aout. 1933 r.

Autor poddaje ostrej krytyce teoretyczne poglądy różnych autorów, na których opiera się zasada usuwania lub ograniczania pokarmu naturalnego lub mleka krowiego w odżywianiu niemowląt cierpiących na przewlekły wyprysk (eczema) skóry.

Poglądy powyższe streszczają się do przyjęcia dwuch możliwości: toksycznego działania mleka lub pokarmu naturalnego, lub istnienia nadwrażliwości anafilaktycznej u niemowlęcia w stosunku do substancji białkowych zawartych w mleku. Szkodliwości pewnych gatunków pokarmu lub mleka krowiego doszukiwano się w nadmiarze zawartości w nim tłuszczu lub cukru, w wadliwem odżywianiu karmiącej lub wadach paszy, wreszcie w istnieniu w pokarmie bliżej nieokreślonych substancji „egzematogennych" *(Variot)*. Według innych dowodem istnienia nadwrażliwości anafilaktycznej mogą służyć obostrzenia sprawy skórnej towarzyszące wznowieniu odżywiania mlekiem, oraz to, że sprawa skórna przebiega często napadowo, lub znika nagle samoistnie „podobnie jak większość zaburzeń uczuleniowych" *(Ravaut)*. Wyprysk skórny jest odczynem allergicznym na białko pokarmowe. Stąd wypływa konieczność usuwania toksycznego pokarmu i zastępowania go innemi.

Te podstawy rozumowania w obronie usuwania mleka z odżywiania niemowlęcia, nie mogą, według autora, oprzeć się krytyce. O ile słusznem jest klinicznie, że wyprysk niemowlęcy jest chorobą okresu karmienia mlekiem, nie dowodzi to wcale, że mleko jest zasadniczą przyczyną wyprysku, jak nie jest przyczyną krzywicy, która w tym okresie występuje. O ile przyjąć toksyczny wpływ mleka należy dziwić się, że usunięcie go z odżywiania nie prowadzi do znikania wyprysku. Jak wytłómaczyć dalej, że to samo mleko lub pokarm nie wywołuje wyprysku przy odżywianiu nim innego zdrowego niemowlęcia?

Autor na przykładach ze swojej praktyki i innych autorów stara się wykazać, że z jednej strony, usunięcie mleka z odżywiania nie wystarcza dla osiągnięcia wyleczenia, a z drugiej strony wyleczenie często następuje pomimo wznowienia normalnego żywienia mlekiem. Przyjęcie uczulenia za podstawę w patogenezie wyprysku niemowlęcego musi prowadzić do leczenia polegającego na metodach odczulających, jak wstrzykiwania białka, mleka lub krwi ludzkiej. Jednak nawet zwolennicy tego leczenia przywiązują dużą wagę do zmiany środków i metod leczenia, aby „wygrać na czasie i cierpliwości otoczenia", aż wyprysk sam ustąpi w odpowiednim wieku! Zresztą doświadczalnie uczulenie na mleko nie daje się stwierdzić. Odczyn skórny na mleko (zastosowane doskórnie) bywa bardzo często ujemny u niemowląt wypryskowatych, i może być dodatni u zdrowych. Według *Woringer'a* w 12 przypadkach ciężkiego wyprysku, żadne niemowlę nie wykazało odczynu swoistego na mleko surowe gotowane. Według *Darier*, nauka o allergji nie

jest zdolną do rozwiązania zagadnienia wyprysku.

Według autora bardziej cenną wydaje się być stara doktryna, która widzi w wyprysku objaw skórny skazy artretycznej; skóra w tym przypadku odgrywa rolę „klapy bezpieczeństwa" dla ustroju, który uwalnia się w ten sposób od substancji szkodliwych pochodzenia wewnątrzustrojowego. Według *Sédillot*, wyprysk jest chorobą uzależnioną od przyczyn wewnątrzustrojowych i przypadkowej przyczyny zewnętrznej (zakażenia), która przekształca skórę w pomocniczy narząd wydzielniczy. Powstaje błędne koło: wydzielanie jadów podtrzymuje zakażenie skóry, a to ostatnie podtrzymuje wydalanie jadów przez skórę. Dodatkowe zakażenie skórne jak wykazali pp. *Montlaur* wywoływane jest często przez enterokoki pochodzące z jelita (dermo-epidermitis). Lecz aby powstał wyprysk uogólniony, niezbędnym jest odpowiedni teren przygotowany przez skazę neuroartretyczną. Podstawę tej skazy upatruje autor w niedomodze wątroby, której obciążenie pokarmowe u niemowlęcia jest olbrzymie, według *Sédillot*, odpowiadające porównawczo 10 litrom mleka dziennie dla dorosłego. Pierwotną przyczyną wyprysku dla autora jest czynościowa, konstytucjonalna niedomoga komórki wątrobowej, będąca jednym z przejawów skazy artretycznej. To ujęcie tłomaczy także częste współistnienie wyprysku i astmy niemowlęcej.

Dalej, autor, na przykładach dowodzi, że korzyści uzyskiwane przez nadmierne ograniczanie mleka są bardzo względne i niepewne.

Odżywianie mączkami, owocami, przy braku białka, prowadzi do zahamowania rozwoju dziecka i wyniszczenia, bez wybitnej korzyści dla sprawy skórnej. Odżywianie bezmleczne (z dodatkiem mięsa i jaj) nie jest chętnie widzianie przez niemowlęta i często źle tolerowane oraz nie łatwo zapewnia normalny przyrost na wadze. Podobnie, wyniki otrzymywane przy stosowaniu mąki obfitującej w białko (soja), nie są wg. autora stałe i przekonywujące.

Natomiast niebezpieczeństwa nadmiernego ograniczania mleka są rzeczywiste i znaczne. Usunięcie mleka z odżywiania, mimo nawet, że stan skóry czasowo może się polepszyć, prowadzi często do ciężkich stanów wyniszczenia. Według *Jules Denault'a* wyprysk niemowlęcy nie stanowi nigdy przeciwwskazania dla zwykłego odżywiania. Jest zupełnie zbędnem i nawet niebezpiecznem wycofywać mleko z odżywiania niemowląt dotkniętych wypryskiem. *Mouriquand* podkreśla, że zastępowanie odżywiania naturalnego przetworami sztucznemi wyjątkowo tylko daje wyniki dodatnie w leczeniu wyprysków niemowlęcych. Wyniszczenie lecznicze, które może nastąpić w następstwie nadmiernego ograniczenia mleka jest tym bardziej godne potępienia, że wcale nie zapewnia wyleczenia cierpienia, które samoistnie znika w wieku około 1½ roku.

Należy odróżnić dwie grupy niemowląt dotkniętych wypryskiem. W pierwszej grupie są niemowlęta przekarmiane, o wadze nadmiernej; u tych wystarcza ograniczyć odżywianie w granicach rozsądnych. W grupie niemowląt nie przekarmianych, ograniczenie mleka może dać poprawę, lecz nie prowadzi do wyleczenia. Należy dążyć raczej do wyrównania trawienia i przyswajania oraz zadziałania na stan konstytucjonalny.

Autor dochodzi do następujących wniosków praktycznych przy postępowaniu z niemowlętami choremi na wyprysk.

Czego nie należy robić:

1) Nie należy systematycznie ograniczać mleko w odżywianiu, pamiętając że istotna nadwrażliwość w stosunku do mleka jest zjawiskiem rzadkiem, oraz że mleko w wieku niemowlęcym jest pokarmem niezastąpionym. Nawet w wyprysku niemowlęcym, mleko wyjątkowo bywa szkodliwem; usunięcie tego pokarmu z odżywiania prowadzi do wyniszczenia, które jest tym bardziej niebezpieczne, im niemowlę jest młodsze.

2) Nie należy pośpiesznie stosować leczenia miejscowego za pomocą szczelnych opatrunków na rozległych powierzchniach skóry. Sposoby lecznicze, miejscowe, które szybko doprowadzają do zniknięcia wyprysku, grożą powstaniem ciężkich stanów zatrucia *(Ribadeau - Dumas)*.

3) Nie należy szczepić ospy, gdyż to może prowadzić do obostrzenia sprawy skórnej lub zakażeń wtórnych.

4) Nie należy umieszczać niemowlęcia w zamkniętym zakładzie leczniczym, gdyż w szpitalach były obserwowane gwałtowne załamania się stanu z wysoką gorączką (hypertermia); zjawisko, którego patogeneza nie jest wyjaśnioną, a które zdarza się tylko wyjątkowo w warunkach domowych.

Należy:

1) Kontrolować i zapewnić dziecku dostateczne przybieranie na wadze. Uwaga ta powinna panować nad całem postępowaniem leczniczem.

2) Ułożyć racjonalne odżywianie odpowiadające wiekowi niemowlęcia. Należy skorygować wszelkie błędy w technice żywienia, aby poprawić czynność trawienną i przyswajania. Jeżeli niemowlę jest przy piersi, można uciec się do odżywiania mieszanego; u niemowląt żywionych sztucznie można próbować mleko zmienione fabrycznie (mleko sproszkowane odtłuszczone, homogenizowane i t. p.) z dodatkiem świeżych soków owocowych.

3) Ograniczyć do minimum leczenie miejscowe, które przedewszystkiem powinno zwalczać swędzenie i wtórne zakażenia skóry. W tym celu stosuje się okłady z rozczynu fizjologicznego soli, kolejno na różne odcinki skóry, oraz pędzlowanie 2% rozczynem azotanu srebra lub płynem d'Alibour'a [1]).

4) Stosować leczenie ogólne aktywujące zboczoną przemianę wewnętrzną. Tutaj odnosi się także pobyt nad morzem lub w górach. W niektórych przypadkach pożytecznem jest stosowanie szczepionki enterokokowej, więc techniki *Montlaur'ów* [2]). Stosując te wytyczne często osiąga się, jeżeli nie wyleczenie, to poprawę, która robi cierpienie znośnem i umożliwia przeczekanie okresu, kiedy wyprysk samoistnie zaczyna ustępować.

---

[1]) Uproszczony płyn d'Aliboura przepisuje się: cupri sulfurici 1.0, zinci sulfur. 2,0, aq. destill. 300,0 (dopis. ref.).

[2]) Doskórnie. W razie niemożności przygotowania z kału autoszczepionki, można stosować szczepionkę enterokokową gotową (naprz. wyrobu f. Klawe), dopis. ref.

Badania nad zagadnieniem drgawek w krztuścu. (Recherches sur les convulsions de la coqueluche). H. Grenet et E. Mourrut.

Archives de Méd. des enfants, Octobre 1933.

Istnienie krztuścowego zapalenia mózgu nie ulega obecnie wątpliwości; powstaje pytanie czy większość powikłań nerwowych w krztuścu, a przedewszystkiem drgawki mają to samo podłoże.

Drgawki w przebiegu krztuśca zdarzają się w ostatnich latach dość często. *Hassler* w 1926 r. podał 22 spostrzeżenia drgawek na 120 przypadków krztuśca; inni autorzy w latach 1931 — 1932 — 18 spostrzeżeń na 232 przypadki krztuśca. W szpitalu Bretonneau w ciągu roku (1931 — 1932) autorzy artykułu spostrzegali 22 przypadki drgawek u 238 chorych na krztusiec, czyli w przybliżeniu w 10%.

O ile znaczenie płci, rasy, konstytucji i schorzeń poprzedzających wydaje się znikomem, o tyle wiek dziecka ma znaczenie zasadnicze w tem powikłaniu. Za wyjątkiem jednego dziecka w wieku 7 lat, wszystkie spostrzeżenia autorów dotyczą dzieci w wieku poniżej 3-ch lat. Drgawki bowiem stanowią wybiórczy odczyn układu nerwowego u niemowlęcia.

Drgawki mogą wystąpić w każdym okresie krztuśca, nawet na początku, oraz najczęściej nie stoją w związku z napadami kaszlowemi, ich siłą lub częstością.

Natomiast drgawki występują zwykle w krztuścu powikłanym, naprz. odoskrzelowem zapaleniem płuc, a szczególnie zapaleniem ucha środkowego. Prócz tego autorzy zauważyli, że to ostatnie powikłanie bardzo często występuje w przebiegu krztuśca.

Zapalenie ucha środkowego stwierdzone zostało więcej niż w połowie przypadków drgawek krztuścowych, oraz w 2/3 przypadków krztuśca, w których podejmowano systematyczne badania uszu. Cierpienie ucha przebiega skrycie, i wobec tego przypadki krztuśca powikłane drgawkami wymagają zawsze badania otoskopowego, a nawet próbnego nakłucia błony bębenkowej. Autorzy podnoszą częstość ukrytego zapalenia uszu u niemowląt i stawiają pytanie o związku cierpień usznych z powikłaniami mózgowemi (encephalitis).

Drgawki krztuścowe nie mają swoistego, odrębnego charakteru. Są one najczęściej uogólnione, toniczno-kloniczne. Czasami drgawki ograniczają się do mięśni twarzy lub tułowia. Po napadzie drgawek dziecko pozostaje zamroczone. Ze szczegółów wyróżniających zwraca uwagę istnienie okresu zwiastunów, trwającego 2 — 3 dni. Dziecko wykazuje w tym czasie zamroczenie lub niepokój, albo połączenie obu objawów (ataxoadynamia). Wzniesienie ciepłoty, jako wskaźnik zakażenia, jest zjawiskiem prawie stałem. Strome wznoszenie się ciepłoty, bez załamań, w najwyższym punkcie odpowiada napadowi drgawek. Po napadzie, badanie neurologiczne najczęściej wypada ujemnie; objawy oponowe zdarzają się wyjątkowo. Nakłucie lędźwiowe stwierdza często wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Nagół badanie płynu mózgowo-rdzeniowego zmian patologicznych nie wykazuje; czasami jednak stwierdza się limfocytozę, zwiększenie miana białka i cukru.

Klinicznie należy odróżniać drgawki w krztuścu wyraźnie powikłanym, od przypadków, w których nie znajdujemy uchwytnego zakażenia wtórnego. Mimo to, i w tych ostatnich przypadkach systematyczne badania uszu i nakłucia bębenka pozwalają nieraz wykryć istnienie utajonego schorzenia ucha.

Prócz tego klinicznie odróżnia się przypadki przebiegające gwałtownie i już po paru godzinach lub dniach kończące się śmiercią, od przypadków, w których napady drgawek powtarzają się w przeciągu tygodni. Te ostatnie przypadki — przewlekłe, dały powód do wyodrębnienia krztuścowego zapalenia mózgu. Identyczne zmiany histo-patologiczne mogą być jednak stwierdzone w przypadkach o przebiegu ostrym i przewlekłym.

Jedynie postacie przewlekłe mają pewne szanse do wyzdrowienia. Ogólnie w drgawkach krztuścowych rokowanie jest niepomyślne. Na 22 przypadki spostrzegane przez autorów wyzdrowiało tylko dwoje dzieci. Prócz tego, w połowie przypadków pozostających przy życiu zdarzają się ciężkie i trwałe następstwa, pod postacią porażeń, ruchów pląsawiczno-atetotycznych, oraz zaburzeń psychicznych.

Na podstawie badań anatomo-patologicznych autorzy dochodzą do wniosków następujących:

1) Wylewy krwawe dooponowe lub odosobnione, ogniskowe w tkance mózgowej — są zjawiskiem wyjątkowem, a nawet wątpliwem, szczególnie jeżeli przyjąć ich rzekomo mechaniczne powstawanie w czasie napadu kaszlu.

2) W niektórych przypadkach stwierdza się w tkance mózgowej zmiany zapalne najczęściej o charakterze krwotocznym, typowym dla większości stanów zapalnych mózgu u dzieci, niezależnie od czynnika wywołującego.

3) Zmian wyłącznie zwyrodnieniowych autorzy nie spostrzegali.

4) W większości przypadków stwierdza się wyłącznie obrzęk mózgu i przekrwienie bez wyraźnych zmian zapalnych.

Rozważając patogenezę tych zaburzeń w krztuścu, autorzy odrzucają znaczenie czynnika mechanicznego (kaszel), gdyż wybroczyny nie mają cech pęknięcia naczynia, oraz mogą występować nawet w nieżytowym okresie krztuśca. Kaszel posiada najwyżej znaczenie czynnika dodatkowego.

Najbardziej prawdopodobnem staje się pochodzenie zmian na drodze toksyczno-septycznej ze względu na obraz histologiczny oraz umiejscowienie okołonaczyniowe.

Czynnik zakaźny pozostaje nieustalony. Może to być nieznany jad neurotropowy, lub endotoksyna drobnoustrojów krztuścowych. Wreszcie należy podkreślić, że tak często stwierdzane zapalenie uszu nie jest zjawiskiem przypadkowem w krztuścu i może być punktem wyjścia dla bakterjemji. Przy braku zmian w uszach rolę ogniska septycznego odgrywają zmiany zapalne w płucach. W ten sposób daje się wytłumaczyć znaczenie postaci powikłanych krztuśca w powstawaniu drgawek i zmian w układzie nerwowym, oraz wybiórczą zachorowalność niemowląt.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Uwagi w sprawie wykonywania pierwotnego szwu w przypadkach ran części miękkich kończyn i głowy (A propos de la suture primitive des plaies accidentelles dans la pratique courante du temps de paix). Braine.

Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. N. 22, czerwiec 1933.

Zapoczątkowana w końcu ostatniej wojny metoda leczenia ran części miękkich zapomocą szwu pierwotnego, i po wojnie znalazła bardzo wielu zwolenników, którzy zaczęli ją stosować w sposób, niejednokrotnie niestety, zbyt mało ostrożny, narażając przez to chorego na ciężkie powikłania i niebezpieczeństwo utraty życia, a samą metodę — na szereg zasadniczych, a w istocie niesłusznych, zarzutów.

Olbrzymia większość chirurgów jest zgodna co do tego, że metoda pierwotnego szwu ran wypadkowych części miękkich jest zasadniczo dobra, punkt ciężkości zaś całego zagadnienia spoczywa w wyborze odnośnych przypadków , w określaniu wskazań do zabiegu. Autor posiada dane o całym szeregu przypadków, w których błędne wykonanie pierwotnego szwu tkanek miękkich — zbyt mało rozległe i doszczętne wycięcie zmienionych chorobowo tkanek, względnie, przedsięwzięte zbyt późno — spowodowało nieobliczalne szkody dla odnośnych chorych (ciężkie zakażenie, odjęcie kończyny, śmierć).

Należy tutaj zwrócić uwagę na zasadniczą różnicę między przypadkami czasu wojny i czasu pokoju, różnicę — na niekorzyść tych ostatnich. Na wojnie przypadki odnośne dotyczyły ludzi w sile wieku i w pełni sił zdrowotnych, personel zaś lekarski i urządzenia pomocnicze (Roentgen, badania bakterjologiczne) — wszystko było specjalnie nastawione na tego rodzaju zabiegi. W czasie pokoju przypadki te dotyczą w dużej części ludzi starszych, mniej odpornych na zakażenie, (wypadki uliczne), personel zaś lekarski — nie ma obecnie ani tej wprawy, ani dostatecznych urządzeń pomocniczych. Z powyższych względów w czasie pokoju, w porównaniu do czasów wojny, wskazania do wykonywania pierwotnego szwu ran należałoby raczej ograniczyć. Przy ustalaniu tych wskazań w poszczególnych przypadkach należy mieć w pamięci następujące wytyczne:

W każdym przypadku wykonanie pierwotnego szwu rany wypadkowej przedstawia dla chorego niebezpieczeństwo, którego nie należy niedoceniać.

Pierwotne zeszycie rany nie przyczynia się nigdy do uratowania życia choremu, przeciwnie, w niejednym przypadku utrzymaniu chorego przy życiu — poważnie zagroziło.

Najbardziej istotnem dla tego zabiegu jest nie fakt zaszycia powłok, a uprzednie d o k ł a d n e zrewidowanie rany, r o z l e g ł o ś c i i s t o p n i a zmian pourazowych (zwłaszcza w zakresie mięśni, stawów, naczyń i nerwów), wycięcie wszelkich zmienionych pod wpływem urazu tkanek i dokładne zatamowanie krwawienia. Po wykonaniu w ten sposób rozumianej „toalety" rany można jej następnie w pewnych przypadkach, nie szyć, ale pominąć tego wstępnego aktu nie wolno nigdy i pod żadnym pozorem.

Ze względu na w s k a z a n i a do pierwotnego zeszycia rany wypadkowej autor dzieli wszystkie odnośne przypadki na następujące 3 grupy:

1) przypadki, w których n i e w o l n o p r ó b o w a ć pierwotnego szwu (rany o poszarpanem dnie, z rozległem odwarstwieniem skóry, z rozległem i głębokiem upośledzeniem żywotności tkanek, uszkodzeniem pni naczyniowo-nerwowych, rany kąsane przez zwierzęta, zabrudzone rany uliczne i rany u osobników starych względnie ze zmniejszoną konstytucjonalnie odpornością) — po wykonaniu toalety rany, pozostawia się ją otwartą;

2) przypadki, w których m o ż n a p r ó b o w a ć zeszyć ranę (rany niezbyt rozległe i nie głębokie, względnie czyste, wczesne — w kilka godzin po wypadku, z uszkodzeniem nerwów lub torebki stawowej, zwłaszcza rany na głowie — bardziej odporne na zakażenie);

3) przypadki, w których n a l e ż y d ą ż y ć do zeszycia pierwotnego rany (świeże rany cięte, zwłaszcza z uszkodzeniem ścięgien) — ale i tutaj nie wolno jest zaniechać dokładnego zrewidowania rany, wycięcia tkanek obrażonych i zatamowania krwawienia; na rozległość wskazań, do pierwotnego zeszycia tego rodzaju ran wpływają tu również: stan chorego i możliwości techniczne, jakiemi rozporządza lekarz (osobiste wyrobienie, pomoc, narkoza i t. p.).

Nerwobóle w zakresie splotu barkowego, spowodowane zapaleniem na tle choroby zębów, gruczołów chłonnych na szyi (Les ganglions sous — trapéziens et les névralgies du plexus brachial d'origine dentaire). Veyrassat.

La Presse Méd. N. 52, lipiec 1933.

Coraz mniej się już patrzy obecnie na schorzenia zębów jako na cierpienie ściśle umiejscowione, domenę „dentystyczną", a coraz częściej i wszechstronnej podkreśla się wpływ próchnicy zębów ma cały ustrój. Zależność następujących chorób od schorzenia zębów została ustalona w sposób niewątpliwy: ostre zapalenie wsierdzia, gośćcowe zapalenie stawów, zapalenie gruczołów chłonnych, pęcherza żółciowego, wyrostka robaczkowego i zaburzenia czynnościowe trawienia żołądkowo-jelitowego. Autor, na podstawie własnych spostrzeżeń klinicznych uzupełnia powyższy wykaz — pewnemi przypadkami nerwobólu w zakresie splotu barkowego. Podane przezeń opisy dwu odnośnych przypadków są niezmiernie w tym kierunku przekonywujące. W jednym — kobieta 50-letnia cierpiała od dłuższego czasu na bardzo dokuczliwe bóle w okolicy lewej łopatki, nie poddające się żadnemu leczeniu. W drugim — mężczyzna 26-letni cierpiał na silne bóle w zakresie barku i kończyny górnej lewej, wraz z mrowieniem, drętwieniem i osłabieniem czucia i siły mięśniowej. W obu tych przypadkach, po usunięciu zmienionych próchnicowo zębów po danej stronie (zęby trzonowe i ząb mądrości), już po 7 — 10 dniach widać było wybitną poprawę w stanie chorych, a w ciągu 2 — 8 tygodni nastąpiło zupełne i trwałe wyleczenie.

Bezpośrednią przyczyną powstania tych nerwobólów było zapalenie gruczołów chłonnych na szyi, a zwłaszcza ich grupy, umiejscowionej pod przednim brzegiem mięśnia kapturowego. Obrzmiałe zapalne gruczoły przez ucisk mechaniczny na przebiegające w ich sąsiedztwie pnie ner-

wowe wywoływały zapalenie tych nerwów względnie ich podrażnienie, przejawiające się klinicznie nerwobólem. Punktem wyjścia, jednak, całej sprawy bywa zawsze pierwotne schorzenie zębów (próchnica), z których drobnoustroje i jady przedostają się do naczyń i gruczołów chłonnych na szyi, pobudzając ich do stanu zapalnego. Usunięcie zęba chorego wraz z mieszczącem się w nim źródłem stałego zakażania układu chłonnego doprowadza do wygojenia się obrzmiałych gruczołów chłonnych i do ustąpienia objawów nerwobólowych.

Podobne tło mają najprawdopodobniej i liczne przypadki z grupy Torticollis spastica, zwłaszcza przypadki uporczywe i nie poddające się zwykłemu leczeniu.

Badanie kliniczne i rozpoznawanie obrażeń okolicy stawu biodrowego (Séméiologie des lésions traumatiques récentes de la hanche). P a t e l.

La Presse Méd. N. 63, sierpień 1933.

Staw biodrowy należy do najlepiej w ustroju ludzkim chronionych przed zewnętrznemi urazami stawów. Ma on grubą torebkę stawową, mocne więzadła przystawowe (lig. ileofemerale) i jest otoczony ze wszystkich stron (zwłaszcza od tyłu i od zewnątrz) grubą warstwą mięśni. Tem się tłumaczy fakt względnie rzadkiego powstawania zwichnięć w stawie biodrowym (silne urazy w pozycji zgięcia uda względem miednicy), a znacznie częstszego — złamania szyi kości udowej i części krętarzowej. Dlatego też obrażenia okolicy stawu biodrowego są prawie zawsze następstwem urazu pośredniego, bardzo rzadko — bezpośredniego (upadek na krętarz).

Rozpoznanie w przypadkach obrażenia okolicy stawu biodrowego opiera się na: stwierdzeniu pewnych zniekształceń, wyniku zmierzenia długości kończyny (od kolca biodrowego górnego przedniego do kostki zewnętrznej, wzgl., od szczytu krętarza dużego do kostki zewnętrznej, ograniczenia ruchów, wyniku zdjęcia rentgenowskiego i na danych, osiągniętych zapomocą badania palcem przez odbytnicę.

I. Udo jest unieruchomione w pozycji zgięcia w stawie biodrowym, przy próbie wykonywania ruchów biernych w tym stawie natrafia się na opór elastyczny, próba zaś ta jest dla chorego bolesna. Objawy powyższe przemawiają za rozpoznaniem zwichnięcia d o l n e g o w stawie biodrowym: przy obecności jednoczesnego s k r ę c e n i a d o w e w n ą t r z i p r z y w i e d z e n i a — mamy do czynienia ze zwichnięciem dolnem t y l n e m (l. ischiadica), przy obecności zaś s k r ę c e n i a n a z e w n ą t r z i o d w i e d z e n i a — ze zwichnięciem dolnem p r z e d n i e m (l. obturatoria).

II. Udo jest unieruchomione w pozycji w y p r o s t n e j — obraz ten może odpowiadać i zwichnięciu, i złamaniu (uda, miednicy). Jeśli kończyna jest p r z y w i e d z i o n a i s k r ę c o n a n a z e w n ą t r z, stopa dotyka posłania swym zewnętrznym brzegiem, ruchy czynne w stawie biodrowym i kolanowym są zniesione, kończyna jest skrócona — rozpoznajemy z ł a m a n i e s z y i kości udowej: wolne (zupełny brak ruchów) lub zaklinowane (częściowe zachowanie ruchów).

Jeśli kończyna jest o d w i e d z i o n a i s k r ę c o n a n a z e w n ą t r z — to może to świadczyć bądź to o z w i c h n i ę c i u p r z e d n i e m g ó r n e m (l. pubica), bądź też o z ł a m a n i u k r ę t a r z o w o t r z o n o w e m k o ś c i u d o w e j (fract. trochant. et diaphys.). Podobny obraz daje również z ł a m a n i e p a n e w k i b i o d r o w e j z wgnieceniem głowy kości udowej — zwykle stwierdza się tutaj zapadnięcie się krętarza, a palcem od strony odbytnicy wyczuwa się czasami przemieszczone odłamy panewki.

Jeśli, wreszcie, kończyna jest p r z y w i e d z i o n a i s k r ę c o n a d o w e w n ą t r z, to myśleć należy przedewszystkiem o z w i c h n i ę c i u t y l n e m g ó r n e m (l. iliaca), najczęściej — towarzyszy mu znaczne zwykle skrócenie kończyny i przemieszczenie głowy kości udowej na zewnętrzną powierzchnię talerza biodrowego, gdzie wyczuwa się ja poprzez skórę i mięśnie pośladka. Podobne ustawienie kończyny może dać również złamanie samego krętarza dużego.

W pewnej wreszcie liczbie przypadków, objawy kliniczne bywają tak nikłe, że nie podpadają pod żaden z wyżej opisanych typów; rozpoznaje się wówczas, często niesłusznie, stłuczenie wzgl. wykręcenie stawu (distorsio), a zdjęcie rentgenowskie wykazuje niejednokrotnie w tego rodzaju przypadkach: złamanie szyi bez przemieszczenia, pęknięcie (fissuratio) krętarza, odłamanie górnego brzegu panewki lub t. p.

Obraz kliniczny i leczenie ostrej niedrożności jelit po operacjach wyrostka robaczkowego na gorąco (Formes cliniques et traitement des occlusions intestinales consécutives aux opérations d'appendicite à chaud). S a b a d i n i.

La Presse Méd. N. 64, sierpień 1933.

Przypadki odnośne nie są bynajmniej rzadkie; stanowią one koło 18% wszystkich przypadków ostrej niedrożności jelit. Powikłanie to występuje w 2% operacyj z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego (Körte) — przeważnie po operacjach „na gorąco", połączonych z sączkowaniem jamy otrzewnowej (gaza, dreny gumowe); śmiertelność z tego powodu wynosi prawie 50% (!).

Rozróżniamy ostrą niedrożność powyrostkową w c z e s n ą (w pierwszych dniach po operacji) i p ó ź n ą (po miesiącach, latach), porażenną i mechaniczną.

W przypadkach niedrożności wczesnej przyczyną niedrożności jest albo porażenie jelit, albo załamanie się ich światła naskutek sklejenia się pętli jelitowych (peritonitis adhaesiva). Porażenie jelit rozwija się pod wpływem zadziałania na ich mięśniówkę jadów bakteryjnych, przyczem objawy samego zapalenia otrzewnej są tak nikłe, że na pierwszy plan wybija się tu sprawa niedrożności porażennej.

W przypadkach niedrożności późnej — zawsze mechanicznej — przyczyną niedrożności jest zwykle zaciśnięcie pętli jelitowej przez zrost powrózkowaty lub pasmowaty, będący pozostałością po przebytem zapaleniu otrzewnej (najczęściej w okolicy dolnego odcinka krętnicy).

Ten ostatni rodzaj niedrożności powyrostkowej nie przedstawia, pod względem klinicznym, nic szczególnego, jedynie tylko w wywiadach stwier-

dza się przebycie operacji wskutek ostrego zapalenia wyrostka. Obraz kliniczny niedrożności powyrostkowej wczesnej jest bardziej charakterystyczny. W przypadkach niedrożności mechanicznej, zwykle drugiego lub trzeciego dnia po operacji, nagle powstają gwałtowne bóle brzucha typu kurczowego, nieodchodzenie gazów i stolca, wzdęcie brzucha i stawianie się pętli jelitowych. W przypadkach zaś niedrożności porażennej powikłanie to rozwija się powoli, skrycie, bez bólów — gazy i stolce nie odchodzą, brzuch powoli wzdyma się wskutek gromadzenia się gazów w kiszkach, stan ogólny nie ulega z początku pogorszeniu; z czasem wzdęcie brzucha może dojść do znacznych rozmiarów, wówczas i stan ogólny podupada (utrudnienie w pracy serca, w oddychaniu, zatrucie pochodzenia jelitowego).

L e c z e n i e niedrożności powyrostkowych mechanicznych jest wyłącznie operacyjne (uwolnienie pętli jelitowej ze zrostów, wytworzenie przetoki kałowej krętniczej lub kątniczej, zespolenie krętnicy z esicą); niedrożności zaś porażennej — wewnętrznofarmakologiczne (wstrzykiwania domięśniowe peristaltyny, hypofizyny, wstrzykiwania dożylne stężonego roztworu chlorku sodu, lawatywy kroplowe ze stężonego roztworu chlorku sodu, środki czyszczące), w ostateczności tylko — operacyjne (wytworzenie przetoki kiszkowej).

Stany przewlekłego obrzmienia gruczołów chłonnych na szyi u dzieci (Considerations sur les adénopathies cervicales chroniques de l'enfance). R u p p e.

La Presse Méd. N. 65, sierpień 1933.

Zbyt często, nagół w przypadkach obrzmienia przewlekłego szyjnych gruczołów chłonnych u dzieci (gruczoły powiększone, twarde, ruchome), rozpoznaje się jego tło gruźlicze. Jest to o tyle niesłuszne, że bardzo duża część tych dzieci jest całkowicie wolna od procesu gruźliczego — o czem świadczy ujemny wynik odnośnego skórnego odczynu rozpoznawczego, mającego u dzieci, jak wiadomo, znaczenie decydujące.

Autor poddał badaniu w tym kierunku dzieci w wieku 4 — 10 lat, zgłaszające się o poradę do przychodni stomatologicznej, i przekonał się, że koło 80% wśród nich ma obrzmienie gruczołów szyjnych (ich ⅕ część miała także obrzmienie gruczołów pod pachami i w pachwinach). Jednakże odczyn skórny na gruźlicę wypadł dodatnio tylko w nielicznych przypadkach. Przemawiałoby to za ściśle miejscowem, nieswoistem przeważnie pochodzeniem tego obrzmienia gruczołów szyjnych. I rzeczywiście, u dzieci tych stwierdza się w 50% przypadków obecność w jamie ustnej i gardła wyraźnych ognisk zapalno-zakaźnych (zęby, migdałki).

Wiekowi dziecięcemu właściwy jest, jak wiadomo, bardzo bujny rozwój w ustroju ognisk tkanki chłonnej, przejawiający się szczególnie jaskrawo u osobników konstytucjonalnie do tego predysponowanych. Owe fizjologiczne wybujanie układu chłonnego pod wpływem drobnych nawet przyczyn drażniących miejscowych (zakażenia) lub ogólnych (błędy w odżywianiu, brak słońca) może łatwo doprowadzić do znacznego nawet obrzmienia poszczególnych skupień gruczołów chłonnych, w olbrzymiej większości przypadków nie mającego żadnego związku z zakażeniem i procesem gruźliczym.

Rak tarczycy (Les cancers du corps thyroide). H u g u e m i n.

Le Journ. Méd. Franç. N. 3, marzec 1933.

Rak tarczycy nie jest bynajmniej schorzeniem tak rzadkiem, jak o tem się ogólnie sądzi. Jednak przebiega on pod tak różnemi postaciami klinicznemi, że jego właściwe rozpoznanie bywa często bardzo utrudnione, tembardziej, że i obrazy histopatologiczne w odnośnych przypadkach odznaczają się dużą różnorodnością i pozostawiają dużo swobody w ich odczytawaniu i komentowaniu.

Nie wchodząc bliżej w szczegóły obrazu klinicznego raka tarczycy i jego wielopostaciowości, autor podkreśla, że obraz ten bywa czasami maskowany do złudzenia przez pozorne ostre (ropne) lub przewlekłe zapalenie tarczycy. O rozpoznaniu decyduje we wszystkich odnośnych przypadkach badanie drobnowidzowe skrawka guza, którego nie należy z tego względu pomijać w żadnym trudniejszym pod względem rozpoznawczym przypadku, tembardziej, że wynik tego badania daje również wskazówki co do zastosowania tego czy innego sposobu leczenia (raki wrażliwe i niewrażliwe na działanie promieni Roentgena i radu).

Rak tarczycy występuje częściej u kobiet, niż u mężczyzn, i to w wieku starszym; częściej — na tle wola, niż tarczycy niezmienionej. Ale bywają i raki w młodym wieku, bez uprzedniego powiększenia tarczycy — dają one szczególnie niepomyślne rokowanie.

Jak już powyżej zaznaczono, badanie drobnowidzowe próbnego wycinka guza ma na celu względy rozpoznawcze ,określenie rokowania i zdobycie wskazówek co do zastosowania odpowiedniej metody leczniczej (operacja, naświetlania rentgenowskie).

1) Nieliczne przypadki m i ę s a k ó w t a r c z y c y (lymphosarcoma, reticulosarcoma) odznaczają się bardzo szybkim i zdecydowanie naciekającym wzrostem i z tego względu nie nadają się do leczenia operacyjnego; ale są zato bardzo wrażliwe na naświetlanie promieniami Roentgena i radu, pod wpływem których guz znika czasami prawie całkowicie. Jest to jednak poprawa czasowa, gdyż z reguły występuje nawrót, względnie, przerzuty.

2) R a k i w y s o k o k o m ó r k o w e (walcowatokomórkowe), ubogie w podściółkę tkankołączną — są bardzo mało wrażliwe na działanie promieni Roentgena i radu, które nie wywołują tutaj prawie żadnej poprawy.

3) R a k i s z e ś c i a n o w a t o k o m ó r k o w e — są bardziej wrażliwe, ale wymagają dużych dawek i długotrwałego leczenia.

4) R a k i t y p u z a r o d k o w e g o i r a k i b r o d a w k o w a t e w a l c o w a t o k o m ó r k o w e (bogate w podściółkę tkankołączną) — bardzo dobrze poddają się leczeniu naświetleniami i dają daleko idącą i długotrwałą poprawę.

Przy pobieraniu z guza próbnych wycinków do badania należy pamiętać o tem, żeby wycinek ten był dostatecznie duży wzgl. pobrać go z paru miejsc, gdyż tylko w tym wypadku wynik bada-

nia będzie pewny. W każdym razie, ujemny — jeśli chodzi o stwierdzenie obecności raka — wynik badania drobnowidzowego guza nie daje nigdy absolutnej pewności co do dobrotliwości schorzenia, gdyż znane są odnośne przypadki, w których — pomimo niestwierdzenia w utkaniu guza ognisk tkanki rakowej — po operacji wystąpił nawrót względnie wystąpiły przerzuty do narządów odległych.

Leczenie chirurgiczne przewlekłych nieswoistych schorzeń stawu biodrowego (Le traitement chirurgical des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche) — temat programowy 41 Zjazdu Pow. Chirurgów Francuskich. **C u n é o i R o c h e r.**

Revue d'Orthopédie XX — N. 1, styczeń — luty 1933.

Schorzenia te można podzielić na 4 zasadnicze grupy: 1) schorzenia w r o d z o n e (brak anatomicznego przystosowania się wzajemnego między głową kości udowej a panewką, panewka zbyt obszerna, dwupiętrowa), 2) schorzenia o d ż y w c z e (osteochondritis, coxa vara, valga), 3) p o u r a z o w e (zwichnięcia nastawione, złamania panewki, stłuczenia stawu, powtarzające się mikrourazy — jako następstwo wadliwego ustawienia końców stawowych) i wreszcie, 4) z a p a l n o - z a k a ź n e (poza gruźlicą).

Wszystkie wyżej wyliczone postacie prowadzą z czasem nieuchronnie do tak zwanego s u c h e g o z a p a l e n i a s t a w u z n i e k s z t a ł c a j ą c e g o, które nie jest właściwie ani zapaleniem, ani żadną jednostką kliniczną czy też zespołem objawów — jest raczej pewną jednostką anatomo-patologiczną, cechującą się przejawami zużycia stawu i zwyrodnienia tkanek szlachetnych stawu.

L e c z e n i e tych stanów jest z początku b e z k r w a w e: oszczędzanie i odciążenie stawu w życiu codziennem, ograniczenie chodzenia i stania, lecznicze nagrzewania, kąpiele, unieruchomienie w opatrunku gipsowym, noszenie aparatu ortopedycznego i t. p. Leczenie o p e r a c y j n e jest tutaj wskazane w pewnych poszczególnych postaciach cierpienia i, wogóle, w tych przypadkach, w których leczenie zachowawcze nie prowadzi do celu.

O s t e o t o m i a p o n i ż e j k r ę t a r z o w a i b i f u r k a c j a w d g. L o r e n z a — mają na celu poprawę wadliwego ustawienia kończyny (np. nadmiernego jej przywiedzenia), odciążenie stawu chorego i zapewnienie lepszych własności statycznych („stabilizacja" miednicy); plastyczne zaś przedłużenie dachu panewki zapomocą p r z e s z c z e p u k o s t n e g o — poprawę statyki i dynamiki odnośnego stawu biodrowego. Osteotomję wykonuje się w przypadkach przewlekłego zapalenia stawu biodrowego przy dobrze wykształconej i zachowanej panewce; bifurkację wdg. Lorenza — w przypadkach na tle wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym, ze znacznem przywiedzeniem kończyny, zniekształceniem końców stawowych i bólami; wydłużenie dachu panewki — u osobników młodych ze słabo zaznaczonym procesem zniekształcającym w stawie biodrowym.

Oddzielną grupę operacyj stanowią a r t r o d e z y stawu biodrowego i o p e r a c j e o d t w ó r c z e (modelujące staw). Wykonanie artrodezy bywa w poszczególnych przypadkach konieczne ze względów społecznych i zawodowych, gdyż dla niejednego chorego jest ważniejszem posiłkowanie się kończyną sztywną w stawie biodrowym, ale dającą solidne podparcie dla całego ciała, niż zachowanie niewielkiej ruchomości w stawie z jednoczesnemi bólami i niedomaganiami statycznemi. Operacje odtwórcze stawu mają na celu przywrócenie ruchomości; są to jednak zabiegi trudne technicznie, długotrwałe i stanowiące niemałe ryzyko dla chorego (wstrząs pooperacyjny, zakażenie), dlatego też stosuje się je wyłącznie u osobników młodych, wzgl. w sile wieku, przy dobrym stanie ogólnym i przy dostatecznie głębokiej panewce stawu.

W przypadkach zajęcia przez proces chorobowy obu stawów biodrowych wykonanie artrodezy, chociażby z jednej strony, jest przeciwskazane, ale nie są bynajmniej wyłączone inne rodzaje operacyj jak przecięcie kości, bifurkacja, plastyka.

Tak zwana „choroba szyi pęcherza moczowego" u kobiet („Maladie" du col vésical chez la femme). P a p i n.

Journ. d'Urologie XXXVI — N. 1, lipiec 1933.

Istota tego cierpienia polega na przewlekłem zapaleniu śluzówki i mięśniówki szyi pęcherza, prowadzącem z czasem do jej zbliznowacenia, upośledzenia czynności i wytworzenia przeszkody mechanicznej w odpływie moczu z pęcherza. Punktem wyjścia całej sprawy jest najczęściej przewlekłe, uporczywe zakażenie ściany pęcherza. Schorzenie powyższe może dotyczyć i mężczyzn.

Autor przytacza bardzo charakterystyczny pod tym względem przypadek. Kobieta 20-letnia zachorowała nagle na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i została poddana z tego powodu operacji. W okresie pooperacyjnym wystąpiło odruchowe zatrzymanie moczu (przed operacją chora nigdy nie miewała żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu), utrzymujące się uporczywie przez szereg tygodni pobytu w szpitalu tak, że chora musiała być codziennie cewnikowaną. Zaburzenia te utrzymywały się i później w ciągu kilku lat — chora nie oddawała samoistnie moczu wcale. Zakażenie pęcherza z ropomoczem ujawniło się już w szpitalu. W 4 lata po operacii wyrostka robaczkowego chora poddała się powtórnej operacji, zmuszona do tego utrzymującemi się ciągle — pomimo stosowania najrozmaitszych środków leczniczych — zaburzeniami pęcherzowemi. Operacja polegała na otwarciu pęcherza od góry, stwierdzeniu silnego stanu zapalnego ściany pęcherza w okolicy szyi (znacznie zwężonej i twardej) i wycięciu klinowatem szyi. Na szósty dzień po operacji wprowadzono do pęcherza poprzez cewkę moczową cewnik na stałe. Rana pooperacyjna zagoiła się szybko i bez powikłań, po 15 dniach chora zaczęła oddawać mocz samoistnie, bez większych dolegliwości. Wyleczenie było zupełne i trwałe.

Badanie drobnowidzowe wyciętych części wykazało: silny stan zapalny, nacieczenie, zbliznowacenie i głębokie owrzodzenie na śluzówce.

Postać gruźliczego zapalenia otrzewnej, charakteryzująca się obecnością rzekomej torbieli. (Peritonite tuberculeuse chronique, encapsulante et encapsulée). Albertin.

Lyon Chir. XXX. — Nr. 5, wrzesień-październik 1933 r.

Jest to postać gruźlicy wysiękowo - zrostowa, cechująca się klinicznie obecnością w jamie brzusznej dużej torbieli, dosyć wyraźnie ograniczonej i przylegającej do przedniej ściany brzucha (stłumienie, falowanie). Proces anatomo-patologiczny przechodzi tutaj kolejno przez 3 fazy. Pierwsza — to zbieranie się wysięku w jamie wolnej otrzewnowej. Druga faza — zaznacza się sklejaniem i zrastaniem się pętli jelitowych, przemieszczonych zwykle do okolicy nadbrzusza (będąc wypełniona gazem, jako lżejsze przemieszczają się ku górze). Ostatnia faza prowadzi do wytworzenia się dużej torbieli rzekomej, wypełnionej płynem zapalnym i ograniczonej od góry, od dołu i z boków pozrastanemi pętlami, jelitowem i okrężnicą. Na wewnętrznej powierzchni torbieli widać liczne gruzełki; badanie drobnowidzowe skrawka jej ściany wykazuje utkanie ziarniny gruźliczej.

Nakreślony wyżej obraz anatomo - patologiczny nie jest właściwy wyłącznie procesowi gruźliczemu, gdyż występuje on również w przebiegu procesu kiłowego i w przebiegu marskości wątroby.

Leczenie kształtuje się zależnie od tego, czy są objawy niedrożności jelit, czy nie. W tym ostatnim przypadku operacja polega na nacięciu ściany torbieli, wypuszczeniu płynu, przemyciu jamy torbieli wodą utlenioną (dla wywołania przekrwienia), osuszeniu jej gazikami i zaszyciu doszczętnem powłok brzusznych. W przebiegu pooperacyjnym płyn w jamie torbieli zbiera się, coprawda, jeszcze przez jakiś czas, ale stosując tutaj parokrotnie jej opróżnienie zapomocą nakłucia, można doprowadzić do całkowitego prawie spadnięcia się ścian torbieli (pod naporem sąsiednich pętli jelitowych) i zarośnięcia jej światła. Przyśpieszyć ten proces można, stosując naświetlania lampą kwarcową, rentgenowskie i inne środki lecznicze, zwykle używane w gruźlicy.

Jeśli jednak stwierdza się w przebiegu wyżej opisanego zapalenia otrzewnej objawy niedrożności jelitowej (przewlekłej lub ostrej), samo opróżnienie jamy torbieli tutaj nie wystarcza; należy się uciec do wytworzenia sztucznego odbytu, używając do tego jednej z najbardziej rozdętych pętli jelitowych. Separowanie pozrastanych pętli w tych przypadkach do celu nie prowadzi, powodując przy tem znaczną śmiertelność operacyjną.

Obraz kliniczny, rozpoznawanie i leczenie wrzodu dziurawiącego stopy. (Mal perforant plantaire). Ramond.

La Presse Méd. Nr. 68, sierpień 1933 r.

Autor, na marginesie spostrzeganego przez siebie przypadku wrzodu dziurawiącego stopy, notuje szereg ciekawych uwag na temat rozpoznania różniczkowego i leczenia powyższego cierpienia.

Chory lat 42, stróż nocny, ma na podeszwie obu stóp w pobliżu nasady dużego palca owrzodzenia symetrycznie położone, kształtu owalnego (2 cm × 1 cm), o brzegach ostrych i stwardniałych, ale nie wykazujących żadnego odczynu zapalnego, o dnie kraterowatem, pokrytem ziarniną i sączącem płyn mętny, silnie cuchnący; brzegi i dno owrzodzenia są zupełnie niewrażliwe na ból, a nawet jakby znieczulone. Jedno owrzodzenie ma 6 miesięcy, drugie — 2 lata; obydwa powstały w miejscu, w którem był uprzednio nagniotek, i datują się od chwili zerwania względnie ścięcia tego nagniotka. Bólów chory nie odczuwał i nie odczuwa, chodzi swobodnie.

W rozpoznaniu różniczkowem uwzględniać tutaj należy następujące cierpienia:

a) zwykłe, banalne owrzodzenia na tle odparzenia względnie otarcia, wtórnie zakażone — nigdy nie trwają tak długo, cechują się wyraźnie zaznaczonym odczynem zapalnym i bólami przy chodzeniu (przy ucisku);

b) owrzodzenie na tle ropnego zapalenia kaletki maziowej w miejscu nagniotka — jest schorzeniem ostrem, wybitnie zapalnem, bardzo bolesnem;

c) owrzodzenie kiłowe (na tle kilaka) — niesłychanie rzadko bywa umiejscowione na stopie, przebieg ma podostry; odczyn B.-W. — dodatni;

d) owrzodzenie gruźlicze — bywa w tej okolicy zawsze wtórne, mające swój punkt wyjścia w pierwotnem ognisku kostno - stawowem (zdjęcie rentgenowskie), o wyglądzie raczej przetoki — a nie owrzodzenia kraterowatego; nie występuje nigdy obustronnie, symetrycznie;

W przypadku wyżej opisanym mamy niewątpliwie do czynienia z wrzodem dziurawiącym stopy; przemawiają za tem: wiek, płeć, charakter zajęcia chorego (chodzące), umiejscowienie, wygląd owrzodzenia, brak bólów, znieczulenie, brak odczynu zapalnego i odczynu ogólnego i wybitnie przewlekły przebieg.

Wrzód dziurawiący stopy jest w istocie swej zaburzeniem odżywczem, rozwijającem się bądźto na tle cukrzycy, bądź też na tle jednego z następujących schorzeń układu nerwowego: wiąd rdzenia, porażenie postępujące, jamistość rdzenia, guzy lub obrażenia kręgosłupa, polyneuritis alcoholica, endarteriitis obliterans syphilitica, arteriosclerotica; wreszcie, przyczyną może być wyłącznie powtarzający się uraz mechaniczny — przy nieprawidłowej statyce stopy, noszeniu niewłaściwego obuwia i przy wykonywaniu pracy przeważnie w pozycji stojącej. Wyżej opisany przypadek należy niewątpliwie do tej ostatniej grupy, jak tego dowiodły dodatkowe badania laboratoryjne.

Leczenie w danym przypadku będzie polegało na: a) bezwzględnem leżeniu w łóżku — do czasu zupełnego zagojenia się owrzodzenia, b) codzienne, troskliwe opatrywanie owrzodzenia — z początku okłady wilgotne z roztworu siarczanu miedzi 1:2000, później przypalanie lapisem nadmiernie wybujałej ziarniny i opatrunku z maści (styrax). Na przyszłość, aby ustrzec się przed nawrotem, należy zmienić tryb życia i charakter pracy na bardziej siedzący, nosić wygodne obuwie i dbać o przesadną czystość stóp; jeśli dojdzie do wytworzenia nagniotków — nie

ścinać ich ani nie zrywać, a przeciwnie, osłaniać je przy pomocy specjalnych ochraniaczy.

Leczenie zwężeń bliznowatych przełyku, powstałych w następstwie oparzenia. (Sténoses cicatricielles par brulures de l'oesophage). Guisez.

La Presse Méd. Nr. 73, wrzesień 1933 r.

Autor uwzględnia tu wyłącznie zwężenia przełyku w następstwie zadziałania płynów żrących (ługu). Uwagi swoje wypowiada na podstawie spostrzegania i leczenia 360 tego rodzaju przypadków, z których olbrzymią większość stanowiły ciężkie postacie zwężenia, z zupełną niemożnością przełykania i niemożnością sforsowania miejsca zwężonego nawet zapomocą zgłębnika nitkowatego.

Następujące okoliczności utrudniają w znacznym stopniu, jeśli wogóle nie uniemożliwiają, wprowadzenie do przełyku zgłębnika nitkowatego bez kontroli oka, na ślepo: znaczny stopień zwężenia (przepuszcza zaledwie koniec szpilki), ekscentryczne położenie zwężonego otworu na dnie rozszerzonej części przełyku (otwór ten bywa ukryty do tego w fałdach śluzówki tak, że nawet pod kontrolą wzroku trudno jest czasami go odszukać) i mnogość zwężeń (jedno nad drugiem, na różnych wysokościach i nie w jednej linji pionowej); największe zwężenie bywa zwykle umiejscowione w dolnej ⅓ części przełyku, tuż powyżej otworu w przeponie (miejsce fizjologicznie zwężone).

Sposób leczenia tego rodzaju zwężeń, stosowany wielokrotnie przez autora z doskonałym wynikiem, polega na wprowadzeniu do zwężonej części przełyku zgłębnika nitkowatego p o d k o n t r o l ą o k a — przy pomocy wziernika przełykowego, i na pozostawieniu tam zgłębnika conajmniej na przeciąg kilku godzin. U chorych odnośnych wytwarza się, zwykle, uprzednio przetokę żołądkową (gastrostomia). Ułatwia wprowadzenie zgłębnika zwilżenie śluzówki przełyku 5% roztworem kokainy z dodatkiem adrenaliny. Pierwsze sforsowanie (bez użycia, jednak, siły) miejsca zwężonego decyduje zwykle o pomyślnym wyniku całego leczenia, gdyż wprowadzanie następnie grubszych numerów nie nastręcza większych trudności. Po uzyskaniu rozszerzenia do 6 — 8 mm, rurę wziernika przełykowego wprowadza się głębiej i w sposób zupełnie analogiczny forsuje się następne, niżej leżące, miejsce zwężenia.

W przypadkach trudniejszych stosuje się zgłębniki z nakrętkami, które pozwalają na bezpośrednie dołączenie do zgłębnika już wprowadzonego — następnego zgłębnika grubszego; wyciągając przez otwór w ścianie żołądka pierwszy zgłębnik, wprowadza się do miejsca zwężenia drugi. W ten sposób uskutecznia się tak zwane „zgłębnikowanie bez końca", które można w różny, zresztą, sposób modyfikować (np. przez użycie nitki jedwabnej).

Lepsze, jednak, wyniki od powyższego sposobu daje, w przypadkach wyjątkowo opornych (gruba i rozległa blizna) połączenie zgłębnikowania z elektrolizą okrężną (pod kontrolą wziernika); elektrodę dodatnią kładzie się na mostku, ujemną — czynną — stanowi oliwka niklowa, wprowadzona do przełyku na końcu zgłębnika. Natężenie prądu wynosi 12 — 15 miliamperów. Pod jego wpływem blizna w miejscu zwężenia ulega zmiękczeniu i staje się bardziej podatną, rozciągliwą.

Stosując sposoby powyższe, autorowi na 360 przypadków ciężkich zwężeń przełyku tylko w 6 przypadkach nie udało się osiągnąć zamierzonego celu, co wynosi niecałe 2%.

Leczenie gruźlicy stawu biodrowego. (Le traitement des coxites tuberculeuses) — temat programowy II Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów - Ortopedów. Erlache, Maffei, Henderson i Sorrel.

La Presse Méd. Nr. 73, wrzesień 1933 r.

W przypadkach odnośnych należy zawsze pamiętać o tem, że — obok stawu chorego — jest tutaj zaatakowany przez gruźlicę cały ustrój, toteż odpowiednią uwagę należy zwracać na leczenie ogólne (pobudzanie czynności obronnych skóry, wywoływanie przekrwienia); stosowanie środków chemicznych, zwłaszcza doustne, zawodzi.

Leczenie miejscowe polega w pierwszym rzędzie na unieruchomieniu chorego stawu we właściwem ustawieniu (zgięcie pod 20°, odwiedzenie odpowiednie do stopnia skrócenia i lekkie skręcenie nazewnątrz), najlepiej — zapomocą wyciągu, który umożliwia rozległe naświetlanie skóry i jej konserwację, kontrolę ustawienia chorego stawu i zachowanie ruchomości pozostałych stawów.

Opatrunek gipsowy zato w niektórych przypadkach szybciej i pewniej koi bóle, uspakaja gorączkę i chroni przed zniszczeniem kości przez proces gruźliczy.

Wyleczenie osiąga się przeciętnie w ciągu 4 lat; towarzyszy mu prawie zawsze zesztywnienie stawu. Najpewniej i stosunkowo najszybciej (a więc i najtaniej) prowadzi do wyleczenia operacja plastycznego usztywnienia chorego stawu na drodze pozastawowej (artrodeza zewnątrzstawowa), uzupełnionego — w przypadkach odpowiednich — wyłyżeczkowaniem pierwotnego ogniska kostnego wzgl. wycięciem częściowem stawu.

O ile w przypadkach gruźlicy stawu biodrowego u d z i e c i leczenie operacyjne bywa przeważnie zbędne, gdyż sposoby zachowawcze prowadzą tu zwykle do wyleczenia, o tyle u d o r o s ł y c h, u których cierpienie powyższe przebiega — jak wiadomo — niepomyślnie, za m e t o d ę z w y b o r u należy uważać o p e r a c y j n e u s z t y w n i e n i e s t a w u chorego (p o z a s t a w o w o), które daje naogół wyniki bardzo dobre (sposób Mathieu-Wilmoth lub Sorrel - Delahaye).

Jeśli chodzi o powikłania gruźlicy stawu biodrowego w postaci następstw niepożądanych — to zesztywnienie w wadliwem ustawieniu koryguje się zapomocą operacyjnego przecięcia kości (osteotomia subtrochanterica), wytworzenie zaś stawu rzekomego w obrębie ogniska chorobowego (zwykłe następstwo nieudanej artrodezy wewnątrzstawowej, połączonej ze zropieniem przeszczepu kostnego) — leczy się wtórnem usztywnieniem zewnątrzstawowem.

Rozpoznawanie różniczkowe w przypadkach ciąży pozamacicznej. (Diagnostic de la grossesse extra-utérine). V i g n e s.

La Presse Méd. Nr. 73, wrzesień 1933 r.

Ciąża zewnątrzmaciczna i jej powikłania należą do schorzeń tak częstych, że w każdym niejasnym przypadku chorobowym — przy umiejscowieniu cierpienia w dolnej połowie brzucha — należy o nich pamiętać.

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej należy opierać zasadniczo na następujących objawach:

1) o b j a w y c i ą ż y w o g ó l e — trzeba pamiętać przytem, że brak perjodu może być maskowany tutaj przez stałe lub okresowe krwawienia maciczne, mniej lub więcej zbliżone swym wyglądem do krwawień w czasie perjodu;

2) n a g ł y i o s t r y b ó l b r z u c h a — czasami, jednak, ból ten bywa niezbyt nasilony i o nietypowem umiejscowieniu (nadbrzusze, okolica dolnych żeber, nawet obojczyków);

3) o b j a w y o s t r e j n i e d o k r w i s t o ś c i — mają znaczenie prawie decydujące przy rozpoznawaniu ciąży pozamacicznej, powikłanej krwotokiem;

4) s t w i e r d z e n i e o b e c n o ś c i g u z a w o k o l i c y p r z y d a t k ó w — zwłaszcza jeśli ten guz jest żywo bolesny, i to niewspółmiernie bolesny do stopnia odczynu ze strony otrzewnej i narządów sąsiednich (np. brak napięcia powłok brzusznych nawet przy krwotoku dootrzewnowym);

5) w y n i k n a k ł u c i a j a m y D o u g l a s a p o p r z e z t y l n e s k l e p i e n i e p o c h w y — wydobycie przy tem krwi przesądza o rozpoznawaniu (w sensie dodatnim).

Przeprowadzając r o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e, trzeba uwzględniać tutaj 4 zasadnicze postacie kliniczne omawianego schorzenia.

I. C i ą ż a p o z a m a c i c z n a n i e p o w i k ł a n a (spostrzegana naogół rzadko). Jeśli się wyczuwa obrzmienie przydatków po jednej stronie, bez objawów właściwych ciąży, można guz ten odnieść do jajnika w okresie owulacji (z dużem ciałkiem żółtem), wodniaka jajowodu (hydrosalpinx) lub torbieli jajnika. Jeśli się stwierdza ciążę, to myśleć należy również o niesymetrycznie położonej zapłodnionej macicy, o ciąży prawidłowej z obrzmiałym jajnikiem wzgl. z jego torbielą lub położonym bocznie ruchomym włókniakiem podsurowiczym.

II. C i ą ż a p o z a m a c i c z n a, p o w i k ł a n a k r w i a k i e m w e w n ą t r z j a j o w o d o w y m. Jeśli ma miejsce krwawienie do pochwy, to należy uwzględniać w rozumowaniu zwykłe poronienie (wygląd wydalin) i dysmenorrhea membranacea (objawy te powtarzają się w czasie każdego perjodu). Jeśli krwawień niema — różniczkować trzeba z ropniakiem jajowodu (brak objawów ciąży, prawie zawsze jest gorączka, zwykle występuje obustronnie), wodniakiem jajowodu, gruźlicą przydatków, dużym jajnikiem (ciałko żółte, torbiel). Przy bocznem i wysokiem umiejscowieniu guza należy różniczkować z zapaleniem wyrostka robaczkowego (objawy ogólne zakażenia, zatrzymanie gazów, gorączka).

III. K r w i s t e k p o z a m a c i c z n y należy różniczkować z ropniem przywyrostkowym (gorączka, wymioty, napięcie powłok brzusznych), Pelviperitonitis, skręconą torbielą jajnikową lub skręconym jajowodem — zmienionym chorobowo czy też zdrowym.

IV. C i ą ż a z e w n ą t r z m a c i c z n a, p o w i k ł a n a k r w o t o k i e m d o w o l n e j j a m y o t r z e w n o w e j (pęknięcie trąbki, poród jajowodowy do jamy otrzewnowej). Z podobnemi objawami możemy się spotkać: w zapaleniu otrzewnej z powodu przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego (deskowate napięcie powłok brzusznych, zaparcie gazów, wymioty, gorączka, brak objawów niedokrwistości), w ostrej niedrożności jelitowej (wybitnie zaznaczone zaparcie gazów, stawianie się pętli jelitowych), w przypadkach skręconej torbieli jajnikowej (napięcie powłok), w ostrem krwotocznem zapaleniu trzustki i w przypadkach zawału jelitowego (embolia art. mesentericae).

W wyżej przytoczonych przypadkach ścisłe ustalenie rozpoznania przed operacją nie ma dla chorego dużego znaczenia, gdyż wszystkie te cierpienia same dają bezwzględne wskazanie do operacji. Inaczej rzecz się przedstawia np. w przypadku kolki nerkowej w przebiegu ciąży macicznej; tutaj błędne rozpoznanie ciąży pozamacicznej i wykonanie zbędnej operacji może zaważyć w sposób niepożądany na losach chorej.

Duże usługi, jeśli chodzi o rozpoznanie ciąży wogóle, a ciąży pozamacicznej w szczególności, oddaje próba biologiczna Zondeka — Aschheima.

Zapalenie kątnicy, występujące w późniejszym okresie po operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. (Les typhlites appendiculaires à retardement). F i o l l e, L u c c i o n i i L l u c c i a.

Journ. de Chir. T. 42 — Nr. 2, sierpień 1933 r.

Autorowie nie poruszają tutaj wcale sprawy zapalenia względnie zgorzeli ściany kątnicy, wikłających zapalenie wyrostka robaczkowego, gdyż została ona już dostatecznie w licznych publikacjach wyjaśniona. W pracy niniejszej zajmują się oni wyłącznie temi przypadkami zapalenia kątnicy, które występują dopiero w parę tygodni po operacji wyrostka, po zupełnem zagojeniu się rany i po okresie wolnym od jakichkolwiek dolegliwości.

Należy tu rozróżniać dwie zasadnicze postacie anatomo-patologiczne: 1) p o s t a ć z g o r z e l i n o w ą (rzadszą) i 2) p o s t a ć p o r o n n ą (znacznie częstszą); obie one różnią się tylko nasileniem tego samego, w zasadzie, procesu chorobowego.

Późne zapalenie ściany kątnicy wikła wyłącznie przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowane „na gorąco", przyczem zmiany w wyrostku, stwierdzane w czasie operacji, są zwykle daleko posunięte; są w ich liczbie przypadki sączkowane i nie. Bezpośredni przebieg pooperacyjny nie przedstawia zwykle żadnych odchyleń od normy. Dopiero między 15 a 40 dniem po operacji (najczęściej) występują nagle gwałtowne bóle brzucha w okolicy prawego talerza biodrowego, nie szerzące się nigdzie, towarzyszą

im wymioty i gorączka; stolec bywa zaparty. Kątnica jest bolesna przy ucisku, ale wyraźnego napięcia powłok brzusznych nie stwierdza się. Nie znajduje się również żadnych zmian chorobowych ze strony wątroby, pęcherza żółciowego, układu moczowo - płciowego.

W przypadkach poronnych wszystkie powyższe objawy ustępują bez śladu po 4 — 5 dniach. Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego wykazuje stan prawidłowy lub też conajwyżej obecność objawów skurczowych ze strony kątnicy (wcięcia od strony zewnętrznej). W przypadkach, które były operowane z powodu tego powikłania, stwierdzono na stole operacyjnym jedynie przekrwienie ściany kątnicy. W przypadkach zgorzelinowych szybko rozwija się obraz kliniczny przedziurawienia przewodu pokarmowego. W czasie operacji znajduje się ogniska zgorzeli przednio-zewnętrznej części ściany kątnicy.

Autorowie tłumaczą mechanizm powstawania tych zmian w sposób następujący: na drodze zakażenia lub zaburzeń w krążeniu.

Zakażenie szerzy się na ścianę kątnicy z kikuta krezeczki wyrostka (po jego wycięciu) — za pośrednictwem naczyń chłonnych lub żył (thrombophlebitis). Nasilenie stanu zapalnego kątnicy i jego zejście zależą w pierwszym rzędzie od żywotności odnośnych drobnoustrojów i złośliwości samego zakażenia. Zaburzenia zaś w krążeniu polegają tu na zapaleniu zakrzepowem tętnicy wyrostkowej, z której proces zakrzepowy może przejść bezpośrednio na tętnice, odżywiające ścianę kątnicy, lub też te ostatnie zostają zaczopowane skrzepliną. oderwaną od zakrzepu w tętnicy wyrostkowej. Ten ostatni mechanizm tłumaczyłby w zupełności przypadki, w których objawy zapalne ze strony kątnicy nagle występują i szybko znikają bez śladu (zator tętnicy z następowem szybkiem wyrównaniem krążenia za pośrednictwem naczyń obocznych).

Rokowanie w odnośnych przypadkach jest dobre; operacja wskazaną jest tylko przy obecności objawów przedziurawienia lub zgorzeli.

W celu zapobiegania występowaniu tego rodzaju powikłań należałoby operować chorych na ostre zapalenie wyrostka jak najwcześniej, zanim proces zakaźny przejdzie na naczynia krezeczki.

Leczenie w postaciach poronnych polega na leżeniu w łóżku, okładach z lodu i diecie ścisłej. W postaciach zgorzelinowych — na szybkiem wykonaniu operacji (obszycie z wgłobieniem części obumarłej, lub wszycie kątnicy w powłoki brzuszne).

Przypadek do leczenia operacyjnego kamicy moczowodowej. (Observations sur lithiase urétérale). Rolando.

Journ. d'Urologie XXXVI — Nr. 2, sierpień 1933 r.

Autor w ciągu ostatnich 2 lat spostrzegał i leczył 17 przypadków kamicy moczowodowej i na ich marginesie wypowiada następujące uwagi.

Kamień może leżeć w moczowodzie szereg lat, nie powodując najmniejszych nawet dolegliwości, zwłaszcza jeśli nie wypełnia sobą całkowicie jego światła i nie stanowi przeszkody w spływaniu moczu z nerki do pęcherza. Czasami dopiero zdjęcie rentgenowskie pozwala zupełnie przypadkowo wykryć obecność tego kamienia. Do zupełnego zatkania moczowodu dochodzi, jeśli pozostałość jego światła między kamieniem i ścianą moczowodu zostanie wypełniona skrzepem krwi lub śluzem. Przez jakiś czas nerka broni się przed następstwami tego stanu zapomocą odruchowego zahamowania wydzielania moczu, co może się utrzymać w ciągu szeregu miesięcy, przyczem po usunięciu kamienia czynność i sprawność nerki może jeszcze całkowicie wrócić do normy.

Przy obecnym stanie poglądów na leczenie kamicy moczowodowej, wskazania do operacji zostały mocno zwężone; operuje się wyłącznie przypadki dużych kamieni, powyżej 2 cm. średnicy. Wszystkie pozostałe — usuwa się drogą bezkrwawą przez pęcherz moczowy (endoskopowo).

Operację wykonywa się ze zwykłego cięcia skórnego na talerzu biodrowym. Bezpośrednio przed operacją należy się upewnić zapomocą zdjęcia rentgenowskiego co do umiejscowienia kamienia (czy się nie przesunął). Pewne trudności techniczne w czasie operacji bywają tylko w przypadkach zastarzałych, w których już zaznacza się odczyn zapalny dookoła części moczowodu, zawierającej kamień. Zrost w tem miejscu ściany moczowodu z naczyniami biodrowemi, z luźną tkanką łączną i otrzewną może spowodować w czasie preparowania moczowodu uszkodzenie naczyń lub rozdarcie otrzewnej.

Rokowanie pooperacyjne jest naogół dobre; śmiertelność pooperacyjna — niewielka (zależy ona od zakażenia pooperacyjnego dróg moczowych).

M. Czyżewski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Górne drogi oddechowe, a gruźlica płuc. (Les voies respiratoires supérieures et la tuberculose pulmonaire). J. Despons.

Revue de laryngologie 1932, N. 7, lipiec, sierpień.

Autor na drodze licznych spostrzeżeń klinicznych i przy podawaniu licznych zestawień historji chorób stara się dać odpowiedź na pytanie, mało stosunkowo poruszane, a mianowicie: jaki jest stosunek gruźlicy płuc: 1) do czynnościowych i anatomicznych zmian w nosie, 2) do gruźlicy nosa, 3) do zmian w zatokach nosa i wreszcie 4) do zmian w pierścieniu chłonnym gardzieli i gruczołów chłonnych sąsiedztwa. Spostrzeżenia te dotyczą z natury rzeczy zmian znachodzących się nieraz i samoistnie lub przy braku gruźlicy płuc, również i wtedy, gdy u osobników, posiadających te zmiany, rozwija się z czasem gruźlica płuc, to łączność przyczynowo-skutkowa tych ogniw nie zawsze jest pewna. W każdymbądź razie zwrócenie uwagi na te związki jest cennym przyczynkiem do wzrastającej tendencji ujmowania całości dróg oddechowych — zarówno górnych jak i dolnych — pod jednym kątem widzenia i do złączenia pracy laryngologa i phthisiologa. Predyspozycję do gruźlicy płuc (g. pł) stwarza nie tylko zła drożność nosowa-wpływając na obniżenie wentylacji szczytów, na zwiększoną szansę infekcji przy oddechaniu ustami i t. d., — lecz także

obniżona pobudliwość odruchowa śluzówki nosa przy prawidłowej, a nawet zwiększonej drożności (debilité fonctionelle). Jeszcze następujący punkt widzenia zasługuje na uwagę. Gdy internista nie znajduje przyczyny pewnych symptomów, jak kaszel, a rhinolog stwierdza zwężenie w nosie, — istnieje tendencja przyjęcia tej przeszkody jako przyczyny objawów, poczem przyczynę tę usuwa się drogą operacyjną. Zabieg taki może być niekiedy niekorzystny, a nawet fatalny, wyzwalając w niedługim czasie objawy ciężkiej gruźlicy płuc. Autor przytacza szereg historyj chorób i tłomaczy te zjawiska w następujący sposób. Jeśli niedrożność nosowa może się przyczyniać do powstania gruźlicy płuc, to z drugiej strony licha wentylacja płuc nie jest czynnikiem korzystnym dla silnego tempa rozwoju tej gruźlicy, która wówczas miewa charakter zwolniony (torpide).

Zabieg operacyjny doprowadza nagle do poprawy wentylacji płuc i do wzmożonego obciążenia czynnościowego tkanki płucnej, co przyśpiesza rozwój ukrytej gruźlicy. Z drugiej znów strony zdaniem autora zabiegi nosowe poświęcające większe ilości śluzówki nosa — mimo poprawy oddechania mogą być szkodliwe, stwarzając niewydolność czynnościową w miejscu anatomicznej i mogą powodować predyspozycję do gruźliczej infekcji płuc.

Poza upośledzeniem drożności i czynnościowej wydolności nosa musimy rozpatrzyć osobno jawne lub bardziej skryte formy gruźlicy nosa i ich stosunek do gruźlicy płuc. Nie chodzi tu oczywiście o formy rozpadowe, znamionujące okresy schyłkowe ciężkiej gruźlicy ani o lupus vulgaris. I tak opisuje autor przypadki przebiegające pod formą zwykłej hydrorrhoea nasalis, gdzie wycinek próbny z muszli ujawnił typową gruźlicę. Innym razem spotyka się nietypowe stany przekrwienia, przerostowe i pseudoatroficzne (Moure, Brindel: forme larvée, coryza pseudo-atrophique), przy których dopiero szczegółowe badanie wykazać może tło gruźlicze. Stany przekrwienia na śluzówce nosa uważa autor za sposobność do zagnieżdżenia się prątków Kocha, krążących w organiźmie.

Stąd zaś, zważywszy łączność sieci limfatycznej całego narządu oddechowego „od nozdrzy aż po pęcherzyki płucne" miałaby następować łatwo disseminacja ku dołowi. Wspomniana coryza pseudoatrophica cechuje się śluzówką bladą, suchą, przypominającą wygląd granitu, obecnością niecuchnących strupów, a niekiedy gęstą, lepką wydzieliną śluzowo-ropną, częstem występywaniem krwawień z erozji na przedniej części przegrody, z tendencją do owrzodzeń z powodu obniżonej witalności śluzówki. Bardzo duża niewrażliwość śluzówki i uporczywość krwawień daje impuls do częstych kauteryzacji leczniczych, prowadzących ostatecznie do perforacji przegrody. W bardzo licznych wypadkach prątek Kocha da się wykazać w wydzielinie.

Obraz ten spotyka się u 50% chorych na gruźlicę płuc, a niekiedy umiejscowienie to zdaje się być pierwotnem, a *Moura* określa ten zespół wręcz jako „coryza prétuberculeux". Gruźlica płuc i krtani bierze początek nieraz z tych skrytych, nierozpoznanych zmian nosowych.

I gardło bywa niekiedy siedliskiem zmian gruźliczych pod formą skrytą. Nie wchodząc w szczegóły podkreślimy tylko dwie tezy autora. Pierwsza, iż operacji migdałkowe u dzieci mieszkających w środowisku gruźliczem narażają dzieci te na zakażenia gruźlicze pooperacyjne, a druga, że w razie, gdy badanie przedmiotowe, a nawet przeszłość pacjenta wykazują podejrzenie na (— przebytą —) gruźlicę, to wyłuszczenie migdałków jest przeciwskazane. U osób takich nawet sama tonsillitis chronica może mieć tło gruźlicze.

Pomiędzy zmianami gruźliczemi w krtani a takimiż w płucach zachodzi pewna równoległość, tak, że pierwsze możemy poniekąd uważać jako refleks drugich co do stopnia nasilenia. Wynika stąd ważność djagnozy krtaniowej dla oceny wyników leczniczych w gruźlicy płuc jakoteż dla określenia rokowania.

Droga od zewnątrz jest jedynie właściwą w chirurgji zatoki czołowej i komórek sitowych. (La voie externe, unique et veritable voie d'accès dans la chirurgie du sinus frontal et de l'ethmoïde). S a n s o n et K o s.

Revue de lar. 1932. N. 9, str. 1120.

Uwagi autora odnoszą się do zmian przewlekłych w powyższych jamach. Autor opiera swoje wnioski na spostrzeżeniach 10-letnich, obejmujących 100 przypadków, operowanych i na szczegółowych studjach anatomicznych. Operacje endonosalne włącznie z metodą Hallego nie dają wyników zadowalających, gdyż przeważnie trzeba ostatecznie uzupełnić je dla całkowitego wyleczenia — zabiegiem od zewnątrz, tembardziej, że zdaniem autora zmiany w sitówkach i zatoce czołowej trzeba traktować jako jedność kliniczną, albowiem izolowane zmiany w zat. czołowej należą do zupełnych wyjątków. Przyznać można conajmniej, że endonosalne operacje sitówek dają pewne uproszczenie następowej operacji od zewnątrz, lecz frezę autor jako zbyt przykrą dla pacjentów zarzucił i zastąpił ją dłutkiem. Aż nadto często komórki sitowe położone: 1) bardzo wysoko od przodu (bulla frontalis) i 2) w tylno-dolnowewnętrznym kącie zatoki czołowej (cellules orbitaires) są endonosalnie niedostępne, natomiast bardzo często chore. Fakt ten tłomaczy dostatecznie niewystarczające wyniki operacji endonasalnej. Ostateczny pogląd autora jest, iż należy operować jednoczasowo i wyłącznie od zewnątrz metodą Jansena-Rittera, otwierając jednocześnie jamki sitowe i zatokę czołową bardzo gruntownie. Wynik kosmetyczny jest bardzo dobry, cięcie Killianowskie powinno być do minimum ograniczone. Zważywszy, iż zatoka czołowa jest tylko bardziej ku górze wysuniętą komórką sitową, pogląd ten wydaje się też zupełnie naturalnym.

Ropnie płucne po wyłuszczeniu migdałków. Synteza dyskusji i wnioski. (Les abscès du poumon après amygdalectomie. Synthèse de la discussion et conclusions). B e r n a r d L.

Revue de laryngologie 1932, lipiec — sierpień (supplementum).

Na zebraniu miesięcznem szpitala amerykańskiego w Paryżu z 16 marca 1932 nastąpiło szczegółowe omówienie powyższego tematu. O mechanizmie i patogenezie mówił *Le Mée*, o stronie kliniczno - doświadczalnej *Kourilsky*, o wskazaniach leczniczych *León — Kindberg*, o metodach chi-

rurgicznych *Monod*, o pedjatrycznej stronie sprawy *Bloch*, o roli bronchoskopji *Soulas*, jeden przypadek ropnia płucnego z zejściem śmiertelnem po tonsillektomii u 11-letniej dziewczynki. Praktyka zainteresują z pominięciem szczegółów ostateczne wnioski, których sformułowaniem zajął się *Bernard*. Ropień płucny po wyłuszczeniu migdałków nie stał się wcale częstszym w ostatnich czasach, lecz tylko metody rozpoznawania (Rentgenologia) udoskonaliły się. W miarę wczesnego rozpoznawania r. pł. staje się też coraz rzadszem rozpoznanie dalszego stadjum rozwojowego tej choroby, t. j. gangreny płucnej. Również i pleuritis purulenta interlobalis dawniejsza jest dziś często rozpoznawana jako r. pł. Wogóle między r.-em pł. a gangreną niema ostrej granicy.

Rentgenem wedle statystyki *Le Mée'a* wykazuje się w 79%-ach wypadków małe ogniska aspiracyjne krwi w oskrzelach. Nie mogą one mieć znaczenia, — chyba całkiem wyjątkowo — w patogenezie ropni płuc, bo w takim razie nie mogłyby ropnie te zdarzać się tak rzadko; jak to jednomyślnie stwierdzają wszyscy prelegenci. Niekiedy wszelako taka aspiracja może rozsiać materjał septyczny, podobnie jak rzecz taka się zdarza przy krwotokach płucnych gruźliczych. Główną drogą powstawania ropni płucnych jest droga limfatyczna. Liczne środki obronne, jakiemi ta droga rozporządza, tłomaczą właśnie rzadkość tego powikłania. I tutaj rzecz się ma podobnie jak w gruźlicy. Największą trudnością w ocenie znaczenia leczenia chirurgicznego r. pł. jest odpowiedź na pytanie, kiedy należy wkroczyć, by nie było ani zawcześnie ani zapóźno. Wątpliwości te dotyczą również metody aspiracji i wypłukiwania ropy drogą bronchoskopii.

Nie należy zapominać, że w omawianej chorobie istnieją także samoistne remissje i wyleczenia. Z metod zachowawczych prelegent zaleca gorąco „autopyoterapię" (autowakcynację). Wniosek ostateczny praktyczny brzmi, że fachowo wykonana tonsilektomia prowadzi tak niesłychanie rzadko do ropnia płucnego, że praktycznie biorąc powikłanie to nie powinno wogóle być brane w rachubę.

A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Leczenie zakażeń połogowych zapomocą wlewania dożylnego alkoholu. (Traitement des septicémies par les injections intraveineuse d'alcool). Hamburger M. i Guérin.

Presse méd. R. 1933, T. I, str. 375.

Stosowano 33% alkohol w dawkach od kilkunastu do 200 cm³. Wlewać należy powoli stosując igły parafinowane.

W czasie injekcji występuje silny ból wzdłuż żyły, do której wlewa się alkohol i ból ten utrzymuje się przez 1 — 2 dni.

Zakrzep stwierdzono zaledwie w 1 przypadku.

Dla ilustracji przytaczają autorzy dwie historje choroby. W jednym przypadku wstrzykiwano przez 3 tygodnie codzień 10 cmt³ alkoholu i istotnie po leczeniu znikły ze krwi gronkowce, które przed leczeniem stwierdzono.

Większej statystyki autor nie podaje.

Wśród — otrzewnowe pooperacyjne stosowanie radu. (Curiethérapie intra — abdominale post — opératoire). Donay.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 21, str. 654, 1932 r.

Od 12 lat stosuje autor wśródotrzewnową aplikację radu w przypadkach, gdzie zabieg operacyjny nie może być doszczętny.

W dwa lub więcej dni po przeminięciu shock'u operacyjnego wprowadza się kauczukowe aplikatory do worka Mikulicz'a, który ma na celu odsunięcie jelit z pola działania radu, umocowanego w ten sposób bezpośrednio na ognisku nowotworowem. Obok powyższego leczenia stosować można energję promienną czy przez pochwę, czy z zewnątrz. Naczynia, nerwy, moczowód i pęcherz znoszą dobrze naświetlania, natomiast jelita cienkie i odbytnica są czułe na promienie radu.

W dyskusji większość rentgenologów (Béclère, Dupont) wypowiedziała się przeciwko tej metodzie, nie ze względu na niebezpieczeństwo, bo takowego nie niesie ze sobą, ale ze względu na brak wpływu leczniczego.

Stosowanie Bacillus lacticus w położnictwie i ginekologji. (L'emploi du bacille lactique en obstétrique et en gynécologie an point de vue prophylactique et thérapeutique). Rogenko S. S.

Rev. franç. Gynéc. T. 28, str. 28, 1933 r.

Zawiesinę streptococcus haemol., streptococcus viridans, s. aureus coli i Bac. subtilis — mieszano z hodowlą bac. lacticus. Po 24 godz. znikały Strept. haemoliticus i viridans, reszta znikała po 48 godz.

Jak z powyższego wynika hodowla bac. lacticus okazała się równie odkażająca jak rozczyn riwanolu 1:1000.

Leczono zakładaniem tamponów z bac. lacticus lub przepłukiwaniem znaczną liczbę przypadków upławów. Po 5 — 25 zabiegach następowało wyleczenie.

Ponadto stosowano powyższe drobnoustroje zapobiegawczo w ciąży, jak również leczono liczne przypadki zapaleń sutków, pęknięć krocza, ropień w powłokach brzusznych i t. p.

W sprawie granic interpretacji objawów ogólnych obserwowanych zapomocą zewnętrznej hysterografji u rodzących. (Sur les limites d'interprétation des phénomènes généraux observés par l'hysterographie externe chez la femme parturiente). Kreis J.

Comptes rend. Soc. Biol. Paris. T. 112, str. 295, 1933 r.

Obserwacje skurczów macicy w czasie porodu weszły w nową fazę od czasu wprowadzenia aparatu Crodel'a i Frey'a. Metoda graficzna z połączeniem wewnętrznem została odrzucona z powodu obawy o jałowość, tak że obecnie wchodzi w grę jedynie zewnętrzne zapisywanie skurczów macicy.

W wynikach swych autor potwierdza spostrzeżenia Runge'go i Frey'a, że część czynna macicy ponad pierścieniem skurczowym pracuje zupełnie odmiennie od części biernej — dolnego od-

cinka. Odnosi się to tak do rytmu skurczów, jak do stanu obkurczenia.

Krzywa hysterograficzna może z podobnych odcinków trzonu dawać wychylenia bardzo razmaite.

Jeśli poszczególne bóle zbliżają się do siebie, to brak zazwyczaj równości wahań w skurczu, jak również pauzy nie są równe sobie. W tych też stanach krzywa nie wraca do swego poziomu wyjściowego, tak że krzywa w pauzie leży wyżej, i to tem wyżej im częściej występują bóle. Oczywista, w wyniku tego amplituda wahań skurczów w czasie bólów jest odpowiednio mniejsza.

Inaczej mówiąc, w pauzach brak zazwyczaj dostatecznego rozluźnienia macicy, tak że krzywa zazwyczaj nigdy nie wraca do swego zerowego punktu. A bóle przez to samo są słabsze i mniej dają efektu wydalającego.

W związku z powyższemi wywodami autor sądzi, że omawiana metoda nie jest w stanie określić absolutnego napięcia ciężarnej macicy.

W sprawie krwawień po przekwitaniu i skrobanki próbnej. (A propos des hémorragies aprés la ménopause et du curettage explorateur). B u r g e r P.

Gynécol. T. 32, str. 129, 1933 r.

Autor występuje przeciwko zdaniu J. L. Faura'a, jakoby 90% krwawień po przekwitaniu zależało od raka macicy, wobec czego zbędną jest zupełnie skrobanka próbna — należy poprostu odrazu macicę wyciąć. Zdanie powyższe, wypowiedziane przez koryfeusza medycyny francuskiej na zasadzie jego wrażeń, popiera Ducuing, przytaczając statystykę, w której krwawienia poza rakiem występowały zaledwie w 39%.

Autor porównał swój materjał obserwacyjny, który odnosi się do przypadków krwawień występujących po przekwitaniu, a mianowicie najwcześniej w rok po ostatniej miesiączce, i w wieku nie niższym jak lat 46.

Przypadków takich obserwował 90, z czego stwierdzono raka szyjki w 33%, raka pochwy i sromu w 2% i r a k a t r z o n u m a c i c y w 15.5%. Schorzenia zupełnie d o b r o t l i w e miały miejsce w 37.7%.

Jeśli odrzucić z powyższej statystyki przypadki raka szyjki, pochwy i macicy, jednym słowem schorzenia, które rozpoznaje się zapomocą dotyku i wziernika, a nie skrobanki, to odsetek krwawień o tle zupełnie dobrotliwym wzrośnie do 58.6%. Tak więc, postępując w myśl zaleceń J. L. Faure'a wyciętoby niepotrzebnie macicę u więcej jak połowy omawianych chorych, co nie mogłoby pozostać bez wpływu na wynik ostateczny leczenia, gdyż poważna operacja wycięcia macicy i do tego w dość późnym wieku wykonana dałaby niewątpliwie znaczny odsetek śmiertelności.

Wśród schorzeń dobrotliwych, dających krwawienia po przekwitaniu stwierdzono:

Metritis senilis	— 7 razy
Kolpitis senilis	— 4 „
Polypus colli	— 7 „
„ corporis	— 2 „
Nadmierne ciśnienie krwi	— 7 „
Przerost śluzówki	— 6 „
Adenoma uteri	— 1 „
	34 przypadki

Należy zaznaczyć, że przerost śluzówki stwierdza się zazwyczaj w okresie najbliższym do przekwitania — jest to zupełnie zrozumiałe, ze względu na udział jajnika w patogenezie tego schorzenia.

Wracając do przypadków raka trzonu macicy (14 przyp.) — to stwierdzić należy, że poddano leczeniu operacyjnemu 9 przypadków, z 1 — zejściem śmiertelnem. Brak jeszcze tej statystyce dostatecznego okresu obserwacyjnego ,aby można było wyciągać wnioski co do ostatecznego trwałego wyleczenia. Inne statystyki wykazują zaledwie około 50% wyleczeń trwałych w raku trzonu, przyczem wyniki leczenia operacyjnego i energją promienną nie wiele się różnią od siebie.

Jak widać z powyższego rak trzonu nie jest bynajmniej tak niewinną chorobą, za jaką go niektóry autorzy uważają. Tem nie mniej podejrzenie co do niego jest słuszne w krwawieniach po przekwitaniu, zaledwie w 14.5%, i stąd nie wolno przystępować do wycięcia macicy bez upewnienia się w rozpoznaniu za pomocą skrobanki próbnej.

Wymioty niepowściągliwe (ciężarnych). (Les vomissements incoërcibles). Limasse A. i Ch. Pierra.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 28, Nr. 5, str. 282, 1933 r.

Wśród szeregu prac statystycznych z Maternité de Port-Royal, kierowanej obecnie przez V. le Lorrier, zdają sprawę wymienieni w nagłówku autorzy z leczenia wymiotów niepowściągliwych ciężarnych.

W obserwacji chorych zwraca się w omawianym szpitalu szczególną uwagę na codzienne sprawdzanie wagi, mierzenie częstości tętna, obserwacje żółtaczki i codzienne badanie sposobem Gerhardta moczu na aceton. Ponadto pilnie bada się u chorych odruchy nerwowe (Achillesa i kolanowy), gdyż jak wiadomo zaburzenie w zakresie układu nerwowego jest zazwyczaj objawem ciężkiego schorzenia.

Leczenie wymiotów niepowściągliwych prowadzono według metody Leven'a.

Konieczne leżenie w łóżku.

Dyjeta: 1-go dnia lekko ocukrzone płyny wodniste w ilości 1500 gr. dzielonych na 10 szklaneczek; 2-go dnia płyny do połowy wodniste, do połowy mleczne (po 750 gr. jednych i drugich); 3-go dnia dyjeta mleczna, a od 4-go dnia odżywianie coraz bardziej energiczne składające się z jaj, mięsa, ryb, ciast i jarzyn, legumin. Zamiast chleba podaje się sucharki.

Za napój służy szklanka rumianku do każdego posiłku.

Leczenie pobudzenia nerwów polega na wprowadzaniu g a r d e n a l u w czopkach po 0,1, dwa czopki dziennie, ewentualnie z dodatkiem Natri bromati 1,0 per os, lub w lawatywkach. Wodzian chloralu (Chlorati hydrati) podaje się w lawatywkach.

Aérophagję, czyli połykanie powietrza, zwalcza się podając płyny przez słomkę, ponadto zabrania się połykać ślinę, a ślinotok zwalcza się atropiną oraz mieszaniną:

bismuthi carbonici	10.0
gummae arabic.	20.0
Aquae destil	300.0

popijać łyżkami.

Rozszerzenie żołądka zmniejszać należy zapomocą unoszenia miednicy chorej ku górze, czy to podkładając poduszki pod pośladki, czy unosząc je na szerokiej opasce. W pozycji takiej chora winna pozostawać co godzinę przez 15 minut. Zaparcie nie wymaga specjalnego leczenia. Lewen ordynuje lawatywkę dopiero po tygodniowym braku stolca.

W wyniku na 27 przypadków uzyskano w 22 wyleczenie. W jednym przypadku leczenie Lewen'a zawiodło natomiast staranne przeczyszczenie usunęło dolegliwości. W drugim — przerwano ciążę, gdyż chora, której czterokrotnie usunięto ciążę we Włoszech, nie wierzyła w żadne inne leczenie swych dolegliwości poza operacyjnem.

Przypadek trzeci jest godzien zacytowania. Chora, ciężarna w IV mies. przybyła w stanie daleko posuniętego wycieńczenia. Leczenie Lewen'a doprowadziło do ustania wymiotów i nawet wystąpiła lekka poprawa stanu ogólnego. Tymczasem chora zaczęła skarżyć się na upośledzenie ostrości wzroku, a badanie okulisty wykazało retinitis, podobny zupełnie do retinitis albuminurica. Ciśnienie krwi normalne ($^{10}/_{6}$), azot we krwi w ilości normalnej (0,25 w litrze), białkomoczu ani obrzęków nie stwierdzono.

Natychmiast przerwano ciążę, ale chora zmarła po 2 dniach.

(Przypadek ten jest przykładem ciężkiego zatrucia ciążowego, w którem wymioty odgrywały tylko nieznaczną rolę pobocznego objawu. W takich ciężkich przypadkach zazwyczaj interwencja operacyjna przychodzi za późno — przyp. referenta).

W sprawie wartości niektórych objawów klinicznych we wczesnym rozpoznaniu zapalenia żył. (Sur le valeur de quelques signes cliniques dans le diagnostic précoce des phlebites obstétricales). Guilhelm P.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 28, Nr. 5, 1933 r.

W „Maternité de Port-Royal" w Paryżu obserwowano 19 przypadków połogowego zapalenia żył na 3706 porodów. Oczywista brano w tej statystyce pod uwagę tylko niewątpliwe przypadki z bolesnością i obrzękiem kończyny dolnej. Niewątpliwie istnieje ponodto znaczna liczba przypadków z objawami dyskretnemi, które mijają niespostrzeżone przez personel lekarski. Otóż celem niniejszej pracy autora jest wykrycie i podkreślenie dyskretnych objawów tych właśnie nie w pełni rozwiniętych zapaleń żył.

Za Ducing'em dzieli autor objawy omawianego schorzenia na: 1) ogólne, 2) obwodowe, 3) ze strony narządów wewnętrznych, 4) nerwowosympatyczne, 5) zatorowe.

1) Objawy ogólne — to wzniesienie ciepłoty i przyśpieszenie tętna (Mahler). Występują one prawie we wszystkich przypadkach.

2) Objawami obwodowemi nazywa autor ograniczone niewielkie obrzęki tkanki umiejscowione w rozmaitych okolicach, jak to spojenie łonowe, wargi większe, odbytnica, pośladek, zewnętrzna powierzchnia ud, kostki. Obrzęki te niekiedy udaje się wykryć dopiero po porównaniu danej okolicy z symetryczną.

Niektóre z tych obrzęków mają swe pochodzenie w zaburzeniach mechanicznych, ale w większości przypadków patogeneza tych objawów jest złożona i oprócz czynnika mechanicznego wchodzi tu w grę czynnik zapalny i nerwowy, z zaburzeniami w zakresie nerwu współczulnego.

3) Z objawów w zakresie narządów wewnętrznych na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia w oddawaniu moczu, polegające na niezupełnym wypróżnieniu pęcherza, a niekiedy na zatrzymaniu moczu. Oczywista sam ten objaw nie ma znaczenia u kobiet, które przeszły ciężki poród, ale obok wyżej wspomnianych małych obrzęków nabierają one znaczenia rozpoznawczego.

Następnym objawem z tej grupy jest wzdęcie brzucha, niekiedy dochodzące do obrazu ileus paraliticus. Jest to odruchowy niedowład jelit. Objawy te zazwyczaj mijają dość szybko.

Ze strony odbytnicy stwierdza się niekiedy uczucie parcia, i jakby lekki ból. Objaw ten oczywiście należy oceniać ostrożnie.

4) Objawy nerwowe, ze strony układu współczulnego są następujące.

a) Spazm żylny w postaci bolesnego twardego sznura wzdłuż przebiegu vena saphena najczęściej; ponadto charakterystycznym objawem jest ból w stopie, podniesiony przez Denecke i Sulger'a.

b) Zaburzenia w odruchu nerwów ruchowych skóry w postaci wytworzenia się t. zw. gęsiej skórki po stronie chorej.

c) Skłonność do nadmiernego wydzielania potu przez kończynę chorą.

d) Wzmożona ciepłota miejscowa chorej kończyny, z czem zazwyczaj łączy się występowanie plam sinych i marmurkowatych.

5) Do ostatniej grupy należą objawy zatorowe, to znaczy że w początkach zapaleń żylnych występują lekkie objawy zatoru i zawału, jak to gwałtowny ból w piersiach, krwioplucie, i uczucie lęku i duszności.

Objaw ten ma niewątpliwie duże znaczenie rozpoznawcze.

We wszystkich wspomnianych objawach wskazana jest wybitna ostrożność w prowadzeniu leczniczem chorych i wczesne unieruchamianie kończyn, co znakomicie wpływa na wynik leczniczy.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Wpływ wieku, płci i położenia anatomicznego na częstość histologicznych odmian nabłoniaków skóry głowy. (Répartition des différentes variétés histologiques d'épithéliomas de la peau (plus particulièrement ceux de la tête) suivant les régions anatomiques, le sexe et l'age). A. L a c a s s a g n e.

Annales de Dermatol. et de Syphiligr. Nr. 6 — 8, 1933 r.

Podzielić rak skóry na pewne ściśle odgraniczone typy — nie udaje się ze względu na wielką ilość typów mięszanych i pośrednich. Niżej wyszczególniony podział należy uważać do pewnego stopnia za schematyczny.

Kliniczny podział nabłoniaków skóry rozróżnia:

1. Wrzód nabłoniakowy żrący (ulcus rodens). 2. Kankroid. 3. Naevo-carcinoma.

Podział oparty na obrazie histologicznym rozróżnia kilkanaście postaci czystych i jeszcze więcej mięszanych.

Jedyny racjonalny podział opiera się na histogenezie nabłoniaków. Według większości autorów kankroidy pochodzą z naskórka, wrzody nabłoniakowe z przydatków skóry.

Tak więc ten podział rozróżnia: 1. raki naskórkowe i 2. raki nienaskórkowe — a) wrzody nabłoniakowe, b) raki nienaskórkowe specjalne.

1. Raki naskórkowe mogą wykazywać obecność wszystkich typów komórek przez jakie przechodzi w swoim prawidłowym rozwoju naskórek. Praktycznie rozróżnia się typ skórny i śluzówkowy — ten ostatni znacznie wrażliwszy na energję promienną.

Na pograniczu między rakiem naskórkowym i nienaskórkowym stoją raki, które biorą początek z naskórka ujścia mieszków włosowych.

2. Ulcus rodens: pod to określenie klinicznie podciąga autor nabłoniaki, które przeważnie przebiegają pod postacią wrzodu a których budowa histologiczna a) zrazikowa — wykazuje pewne ślady pochodzenia już to z mieszków włosowych, już to z gruczołów łojowych, już to z potnych; b) Ulcus rodens adenoides ma budowę wyraźnie gruczołową a pochodzenie tej postaci zwykle trudno określić, jeżeli chodzi o rodzaj gruczołu, z którego bierze swój początek; c) Ulcus rodens parakeratoides wykazuje w centralnej części zrazików zwyrodnienie, prowadzące do powstania perły rógowej.

3. Raki nienaskórkowe specjalne są to: adenocarcinoma, niektóre naevocarcinomata i nabłoniaki bliżej nie dające się określić.

Fakt, że nabłoniaki rozpoczynają się najczęściej na skórze części odkrytych, głównie na twarzy i na grzbietach rąk nasuwa stale przypuszczenie czy nie mamy do czynienia z pewnego rodzaju usposabiającym wpływem promieni słonecznych. Przypuszczenie to wypowiedział już w roku 1896 *Dubreuilh* i od tego czasu zdanie to z pewnemi odmianami stale jest podtrzymywane. Światło ma wywoływać zwiększenie ilości cholesteryny i ta miejscowa hypercholesterynoza ma usposabiać do powstania nabłoniaka. Faktem jest, że np. ulcus rodens wyjątkowo tylko pojawia się w miejscach zakrytych, że nabłoniaki małżowiny usznej u kobiet są bardzo rzadkie, co łączą niektórzy z osłanianiem uszu przez kobiety.

Autor opiera swoje spostrzeżenia na badaniach histologicznych 1075 przypadków nabłoniaków skóry głowy.

Według niego, raki naskórkowe przeważają na małżowinach usznych, na skórze owłosionej, na czole i na skroni. Ulcus rodens występuje najczęściej na powiekach, na brodzie, na nosie i na policzkach.

Prócz tego istnieje szczególne umiejscowienie dla pewnych nabłoniaków; tak np. raki naskórkowe zwykle rozpoczynają się na wypukłym brzegu małżowiny usznej, na guzach czołowych, na wypukłościach kości jarzmowych, na koniuszku nosa, podczas gdy ulcus rodens częściej rozpoczyna się w rowku około małżowiny usznej, w zagłębieniach skroniowych i na bocznych częściach nosa. Wpływ płci najwyraźniej uwidacznia się w przypadkach kankroidu na czole, który ponad 90% występuje u kobiet, z raków na uszach przypada 80% na mężczyzn.

Wiek także ma wpływ na rodzaj i umiejscowienie nabłoniaków, np. ulcus rodens na wardze górnej zjawia się w wieku daleko wcześniejszym niż na czole. Ten sam stosunek zachodzi w przypadkach raków naskórkowych małżowiny usznej i powiek. Kankroidy zwykle rozpoczynają się w naskórku, ulcus rodens w mieszkach włosowych. Od budowy anatomicznej skóry, od obfitości w danem miejscu gruczołów łojowych czy potnych, od grubości naskórka zależy częstość tego lub innego typu nabłoniaka.

I tak np. ulcus rodens zjawia się w miejscach gdzie naskórek jest cienki. Do powyższych spostrzeżeń dodać należy także jeszcze pewien niewątpliwy, prowokacyjny wpływ promieni słonecznych.

W sprawie łupieżu pstrego. (Le pityriasis versicolor déformé). L. C. W a i n t r a u b.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1933. Nr. 8.

Łupież pstry — schorzenie wywołane przez grzyb (microsporon furfur) może w pewnych wa-

runkach przybrać odmienną postać kliniczną. Plamy barwy kawy mlecznej wystawione na działanie promieni słonecznych lub pozafjołkowych ulegają odbarwieniu — stają się jaśniejsze od otaczającej skóry zdrowej, tem jaśniejsze, że skóra w otoczeniu plam opala się prawidłowo. To zjawisko interesuje nas ze względu na możliwe pomyłki w rozpoznaniu i ze względu na mechanizm powstawania tej leukomelanodermy.

Spostrzeżenia autora i opisy dwuch przytoczonych przypadków dowodzą, że zmienione pod wpływem promieni świetlnych wykwity łupieżu pstrego mogą naśladować kiłowe odbarwienia skóry — zwłaszcza o ile umiejscowienie jest dla kiły typowe (szyja — kark — górna część klatki piersiowej).

Łuszczenie się białych plam, jakie zwykle, po zadrapaniu zwłaszcza wyraźnie występuje i stwierdzenie w zdrapanych łuskach obecności grzybka odróżnia te przypadki od leucoderma syphiliticum. Co się tyczy mechanizmu odbarwienia wykwitów to wchodzi tu w grę kilka czynników: 1-o niedopuszczenie promieni skutkiem pokrycia skóry warstwą łusek i grzybni, 2-o odbarwienie samej grzybni pod wpływem promieni, 3-o „opalenie" się zdrowej skóry w otoczeniu, wkońcu 4-o jak twierdzą niektórzy autorowie (Jausion), także destrukcyjne działanie grzybni na barwik skóry.

Leczenie: tra jodi lub maści z dodatkiem acid. salic., chrysarobiny i t. p. Sposób t. zw. amerykański, polegający na wcieraniu 10 — 20% roztworu podsiarczynu sodowego i następowym starannym myciu okazał się dobry. Zmiany barwikowe leczą niektórzy przez mozolne pokrywanie miejsc przebarwionych maścią osłaniającą i następowe naświetlanie wyłącznie plam achromicznych.

Kiłowo - gruźlicze wykwity drugorzędne. (Les syphilides secondaires syphilitico - tuberculeuses). G. Milian.

Revue française de Derm. et de Vénérolog., Nr. 3, 1933.

Autor wskazuje na pewnego rodzaju związek gruźlicy z kiłą w 3-ch postaciach kiły drugorzędnej: syphilis follicularis sicca o typie zbliżonym do lichen scrophulosorum, syphilis lichenoides, syphilis pustulosa acneiformis. Postać pierwsza spostrzegana głównie w okresie końcowym cofania się osutki plamistej swoim ugrupowaniem przypomina keratosis pilaris. Zajmuje okolice narażone na zewnętrzne urazy i tam występuje w grupach o bardzo powolnym przebiegu. Wykwity te prawie nie poddają się leczeniu rtęcią. Histologicznie obraz może być identyczny ze spotykanym w lichen scrophulosorum, niekiedy są to zmiany gruźlicze bez serowacenia usadowione w otoczeniu mieszka włosowego lecz nie mające z włosem nic wspólnego. Poza temi zmianami gruźliczemi istnieją w skórze w otoczeniu naczyń nacieki z przewagą limfocytów i komórek plazmatycznych typu kiłowego. Te mięszane wykwity (syphilides mixtes) spotykamy u osobników skrofulicznych, u których śródskórny odczyn tuberkulinowy jest dodatni i u których nawet zastrzyknięcie tuberkuliny podskórnie może oprócz odczynu miejscowego i ogólnego spowodować miejscowy odczyn w obrębie wykwitów mięszanych.

Biotropiczny wpływ kiły na gruźlicę jest wyraźny. Kiła uczynnia prątek Kocha tak jak to robi ostry gościec stawowy. Przykładem tego działania jest powstanie ropiejących gruźliczych zmian w naczyniach chłonnych w przebiegu kiły objawowej i zagojenie się tych zmian skutkiem leczenia przeciw kiłowego (heteroterapja). Co się tyczy leczenia — wskazanem jest w takich przypadkach nie stosować rtęci, która może spowodować nawet świeży wybuch wykwitów, przeciwnie — crisalbina, wskazana w przypadkach gruźlicy, może wywrzeć swój korzystny wpływ także i na kiłę.

Syphilis lichenoides może dać obraz kliniczny nie różniący się niczem od obrazu lichen planus a wtedy rozstrzyga tylko odczyn serologiczny.

Bonnet wykazał, że do grupy kiłowo-gruźliczej należy zaliczyć także syphilis pustulosa acneiformis. Autor obserwował tylko jeden taki przypadek, w którym ani nacieki ani ropa wydobyta z mieszków nie różniły się niczem od gruźliczych.

Nietypowe postaci twardziny skóry. (Sclérodermies atypiques. Sclérodermies atrophiques d'emblée. Sclérodermies lilacées). P. Gougerot.

Journal des praticiens. Nr. 5, 1933.

Obraz kliniczny twardziny skóry może niekiedy odbiegać od zwykle opisywanego jużto przez brak zgrubienia i stwardnienia, jużto przez wyraźne wystąpienie wstępnego okresu do twardziny — rumienia o odcieniu sinawym. Rumień ten zwykle zaledwie spostrzegalny, niekiedy wcale niewidoczny, w przypadkach typowych twardziny przechodzi kolejno w okres stwardnienia, znika; wykwit staje się żółtawy, w końcu przechodzi w białą tarczkę zanikową. Niekiedy brak w obrazie klinicznym tych kolejnych ewolucji wykwitu, proces chorobowy zatrzymuje się niejako w okresie rumienia — i wtedy rozpoznanie nastręcza znaczne nieraz trudności. Za rozpoznaniem twardziny przemawia w takich razach obecność innych typowych wykwitów twardziny u tego samego osobnika. Rumienie twardzinowe mogą jednak także po dłuższym czasie przejść w typowe wykwity twardziny jak również mogą powstać jako zejście typowych wykwitów twardziny. Są one zjawiskiem analogicznem do zwykle w przypadkach twardziny spotykanych i tak dla tego schorzenia znamiennych rumieniowych obwódek dookoła twardziny („Lilac ring").

Wykwity twardziny zanikowe bez poprzedzającego okresu rumienia i stwardnienia zdarzają się częściej niż rumieniowe wykwity twardziny i można je niekiedy spostrzec u tego samego osobnika równorzędnie z typowemi wykwitami.

Leczenie twardziny napotyka na wielkie trudności ze względu na samoistne remisje schorzenia, utrudniającego ocenę skuteczności leków, na brak najmniejszej choćby stałości w poprawie obrazu klinicznego, w końcu ze względu na brak znajomości patogenezy i etjologji.

Leczenie ogólne polega na podawaniu wyciągów głównie przysadki, także i innych, najczęściej wielogruczołowych. Ponadto stosuje się preparaty jodowe i salicylowe. Niepodobna wyliczyć wszystkich sposobów leczenia miejscowego. Najczęściej stosowane są masaże i wcierania maści z zawartością jodu, naświetlania różnego rodza-

ju, jontoforeza, ostatnio stosuje się z niezłym wynikiem polecaną przez *Leriche'a* sympatektomję okołotętniczą. Mnogość środków leczniczych stosowanych w twardzinie jest najlepszym świadectwem braku ich skuteczności. Jedno tylko spostrzeżenie należy z całą pewnością podnieść, że im wcześniej zaczniemy leczenie — tym lepszych możemy spodziewać się wyników. Nalepiej jeżeli leczenie podjęto w okresie rumienia — i dlatego też należy pamiętać, o wyżej opisanych nietypowych postaciach rumieniowych twardziny.

Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

A. Giraud. Précis de phtisiologie. G. Doin. 1932. 300 str. Cena 60 fr. fr.

Gruźlica odgrywa w życiu naszego społeczeństwa tak wielką rolę, że do obowiązków każdego lekarza należy zaznajomienie się przynajmniej z podstawami ftizjologji. Książka *Giraud'a* stanowi właśnie najlepszy sposób takiego poinformowania się, albowiem znajdziemy w niej w treściwym skrócie główne dane o infekcji gruźliczej, następnie klinikę postaci rozmaitych przebiegu i zejścia gruźlicy płuc a wreszcie leczenie, przyczem kolapsoterapja jest szczególnie dokładnie przedstawiona.

Zgodnie ze szkołą francuską autor używa odmiennego mianownictwa i odmiennego podziału poszczególnych postaci gruźlicy, lecz nie stanowi to wady książki, a zaletę raczej, bo pozwala na zetknięcie się bliższe z mniej rozpowszechnionemi u nas zapatrywaniami.

La pratique médicale illustrée. G. Doin. 1933. 1) A. Raybaud. Les syndromes hypophysaires. 66 str. cena 25 fr. fr. 2) P. Oury. J. Mézard. Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. 54 str. Cena 15 fr. fr. 3) F. Coste. Traitement du rhumatisme chronique des jointures. 76 str. Cena 20 fr. fr.

Do niejednokrotnie na łamach „Wiedzy" omawianego zbioru — *La pratique médicale illustrée* — przybyło znowu kilka zeszytów. Jeżeli może pierwszy z nich pomimo swych zalet nie znajdzie większego odgłosu wobec swego zbyt wąskiego tematu, o tyle dwa inne niewątpliwie wzbudzą większe zainteresowanie. Istotnie bowiem, czy mogą być ciekawsze dla praktyka tematy, jak leczenie owrzodzeń żołądka albo leczenie przewlekłego gośćca stawowego? Jak i w innych zeszytach tego wydawnictwa tak i tu znajdujemy nieomal w telegraficznym stylu utrzymane przedstawienie istoty sprawy, rozpoznania, a szczególnie dokładnie i wyczerpująco leczenia. Treściwość, zwięzłość i nowoczesność stanowią stałe zalety tego wydawnictwa.

KRONIKA.

W lutym 1934 r. ukaże się *(w ograniczonej liczbie egzemplarzy)* część I-sza tomu II-go, wydawanej przez Prof. W. Orłowskiego „Patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych".

Część ta, objętości w przybliżeniu 14 — 15 arkuszy dużego formatu, zawierać będzie *„Choroby oskrzeli i płuc"*, prócz gruźlicy płuc. Książkę można zamawiać do 20 grudnia r. b. po cenie subskrybcyjnej — zł. 11 gr. 50 łącznie z przesyłką (10 zł. bez przesyłki), uskuteczniając wpłatę I-ej raty w kwocie zł.5.— blankietem nadawczym P. K. O. na konto czekowe Nr. 41538.

Druga rata powinna być wpłaconą do dnia 20 stycznia 1934 r.

Po zamknięciu subskrybcji cena książki będzie znacznie podwyższona.

Przy sposobności nadmienia się, że cena za T. I. „Choroby serca i naczyń krwionośnych" (str. XII — 473), wynosi obecnie zł. 36.— za egzemplarz.

P. P. Subskrybenci części I-ej T. II mogą otrzymać t. I-szy — po wpłaceniu tej kwoty w 3-ch ratach miesięcznych — po zł. 12.—.

V OGÓLNO POLSKI ZJAZD PRZECIWGRUŹLICZY.

W dniach 9, 10 i 11 grudnia r. b. odbędzie się w Warszawie V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Ze względu na przypadające w r. b. 25-lecie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego otwarcie Zjazdu poprzedzi Raut, wydany w dniu 8.XII. w salonach Rady Miejskiej przez Pana Prezydenta m. st. Warszawy inż. Zygmunta Słomińskiego. Obrady Zjazdu toczyć się będą w dn. 9 i 10 grudnia w murach Państwowej Szkoły Higjeny przy ul. Chocimskiej 24, dn. 11 grudnia przeniesione zostaną do Otwocka, gdzie uczestników gościć będzie miejscowy Zarząd Miejski oraz Zarząd Uzdrowiska dla chorych piersiowych m. st. Warszawy.

Program Zjazdu obejmuje cztery tematy zasadnicze: 1) Nowe metody bakterjologicznego rozpoznawania gruźlicy, 2) Powikłania podmowe, 3) Stan walki z gruźlicą na ziemiach polskich, 4) Stan walki z gruźlicą na terenie Warszawy. Prelegentami będą: dr. Miłosz Grodecki, prof. dr. Tomasz Janiszewski, prof. dr. Leon

Karwacki, doc. dr. Aleksander Ławrynowicz, dr. Mikołaj Łącki, dr. Paweł Martyszewski i dr. Olgierd Sokołowski.

Pozatem program przewiduje zwiedzanie szpitali, sanatorjów i instytucyj specjalnych do walki z gruźlicą na terenie Warszawy i Otwocka.

W związku ze Zjazdem w okresie od dnia 2.XII. do dnia 12.XII. r. b. trwać będzie w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny Wystawa Przeciwgruźlicza. Dział naukowo - sprawozdawczy zilustruje organizację i stan walki z gruźlicą w Polsce, dział przemysłu chemiczno - farmaceutycznego zapozna uczestników ze zdobyczami tej gałęzi przemysłu polskiego.

Komitet Organizacyjny Zjazdu mieści się w lokalu Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego przy ul. Mazowieckiej 5 i udziela informacyj w dnie powszednie w godzinach 9 — 13 i 18 — 20 (tel. 699-57).

KOMUNIKAT Z MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

Doroczne posiedzenie Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, którego przewodniczącym jes obecnie Prof. Nolen (Holandja), odbyło się w Paryżu w dniu 22 lipca r. b. z udziałem przedstawicieli 14 krajów, członków Związku.

Datę następnego Międzynarodowego Zjazdu, który ma się odbyć w Warszawie, ustalono na dnie 4, 5 i 6 września 1934 r.

Na porządku dziennym postawiono następujące trzy tematy, wybrane zpośród tematów zgłoszonych przez poszczególne kraje:

Temat biologiczny: „Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego"; ref. Prof. L. Karwacki (Polska).

Temat kliniczny: „Postacie gruźlicy kostnostawowej i ich leczenie"; ref. Prof. Putti (Włochy).

Temat społeczny: „Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy"; ref. Prof. L. Bernard (Francja).

Nadto odbędzie się odczyt M. J. A. Kingsbury (Stany Zjednoczone) na temat: „Dodatkowe metody walki z gruźlicą w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy".

W myśl precedensu przyjętego na zjazdach w Oslö i w Hadze, będzie wyznaczonych po 10 koreferentów z różnych krajów do każdego z powyższych tematów.

*

* *

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy przypomina, że termin nadsyłania prac na ogłoszony konkurs upływa z dniem 15 listopada b. r. — Prace w 6 egzemplarzach pisma maszynowego, opatrzone godłem, z załączoną zapieczętowaną kopertą, w której podane jest nazwisko i adres autora, należy w oznaczonym terminie przesłać pod adresem prezesa Stowarzyszenia Lekarzy krynickich, Dra Ludwika Korybut-Daszkiewicza, Warszawa, Smolna 338 m. 1.

Przypomina się, że dnia 6, 7 i 8 stycznia 1934 odbędzie się w Krynicy

V. Zjazd lekarski

na którym przyrzekli wygłosić wykłady najwybitniejsi profesorowie, docenci i lekarze polscy. Głównymi tematami Zjazdu będą: 1) Leczenie schorzeń serca i nerek z uwzględnieniem leczenia zdrojowego, 2) Leczenie zachowawcze przewlekłych zapaleń macicy i jej przydatków.

Komitet zjazdowy w najbliższym czasie przystąpi do rozsyłania imiennych zaproszeń na Zjazd wraz z podaniem warunków udziału. O ile ktoś z lekarzy takiego zaproszenia nie otrzyma zechce się zgłosić pod adresem: Dr. Stanisław Lewicki, Generalny Sekretarz Zjazdu, Krynica, dom „pod Trąbką". W czasie Zjazdu odbędzie się Wystawa środków leczniczych, w której przyrzekły wziąć udział najpoważniejsze polskie i zagraniczne (z wyłączeniem niemieckich) firmy przemysłu farmaceutycznego. Stowarzyszenie dąży jeszcze do tego, aby na wystawie reprezentowane były firmy wydawnicze lekarskie. Dla uprzyjemnienia pobytu członków Zjazdu przygotowują się pokazy sportowe i inne rozrywki zimowe, w które Krynica obfituje.



Za Zarząd
Prezes
Dr. *Ludwik Korybut-Daszkiewicz.*
Sekretarz
Dr. *Henryk Freundlich.*

Na zwyczajnym posiedzeniu Tow. Lek. w Zakopanem dn. 31.VI. 33 na którem byli zaproszeni goście, został zademonstrowany film dostarczony łaskawie przez Firmę Nasierowski w Warszawie, jako przedstawiciela Laboratoire Nativelle Paris, film Prof. R. Lutembacher'a w Paryżu, zatytułowany: „Badania doświadczalno-kliniczne nad Digitaliną i Ouabainą", wraz z objaśnieniem, oraz zostały reprodukowane przy pomocy płyt gramofonowych patologiczne szmery serca. Doskonała część eksperymentalna pokazana na izolowanem sercu uwypukla dobitnie rozmaite działania Digitaliny i Ouabainy (lecznicze i toksyczne).

Część kliniczna, opracowana dokładnie, ilustrowana elektrokardjogramami wypadła bardzo ciekawie.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.